Santé et Bien-être social Canada
Health and Welfare Canada
Canada

L'EXERCICE DE L'HYGIÈNE DENTAIRE AU CANADA

DESCRIPTION, LIGNES DIRECTRICES ET RECOMMANDATIONS

RAPPORT DU GROUPE DE TRAVAIL SUR L'EXERCICE DE L'HYGIÈNE DENTAIRE

TOME I

Publication autorisée par le ministre de la Santé nationale et du Bien-être social

Also available in English under the title "The Practice of Dental Hygiene in Canada"

Données de catalogage avant publication (Canada)

Canada. Groupe de travail sur l'exercice de l'hygiène dentaire.

L'exercice de l'hygiène dentaire au Canada:
description, lignes directrices et recommandations:
rapport du Groupe de travail sur
l'exercice de l'hygiène dentaire, Tome I

Publié aussi en anglais sour le titre:
The practice of dental hygiene in Canada.
Comprend des références bibliogr.
ISBN 0-662-95109-3
Cat. MAS no H34-33/1-1988F

1. Hygiénistes dentaires – Canada.
2. Hygiène dentaire. I. Canada.
Santé et bien-être social Canada.
II. Titre. III. Titre:
Rapport du Groupe de travail sur l'exercice
de l'hygiène dentaire.

RK60.5.C3214 1988 617.6'0233 C88-097013-8

©Ministre des Approvisionnements et Services Canada 1988
N° de cat. H34-33/1-1988F
ISBN: 0-662-95109-3

PRÉFACE

Le Groupe de travail sur l'exercice de l'hygiène dentaire, le Sous-comité sur la recherche et le Comité consultatif sur l'élaboration des normes relatives à l'exercice clinique de l'hygiène dentaire ont été constitués dans le cadre d'un programme national ayant pour objet de définir des lignes directrices et des normes pour les services de santé dentaire. Parallèlement aux travaux entrepris par des groupes d'experts pour établir des lignes directrices dans ce domaine, des études sur diverses questions de santé dentaire sont menées en collaboration avec des chercheurs. Pour obtenir plus de renseignements sur ce programme et des exemplaires des rapports, le lecteur est prié de communiquer avec la Direction des services de la santé.

Une version presque définitive du rapport a été expédiée aux directeurs des services dentaires des différentes provinces, qui devaient les examiner et signaler les erreurs ou les omissions relevées. Les chapitres sur l'historique et la réglementation ont été envoyés aux organismes des provinces et des territoires chargés de l'octroi des permis d'exercer pour les hygiénistes dentaires.

Sharon B. Amer
Conseillère, normes de santé dentaire
Direction des services de santé
Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social
Ottawa (Ontario)
Canada K1A 1B4

Rapport terminé en septembre 1987
et publié en 1988

Le lecteur trouvera, à la page suivante, la liste des quatre rapports relatifs aux travaux du Groupe de travail sur l'exercice de l'hygiène dentaire.

Le chapitre sur les ressources humaines a été révisé par des membres du Comité consultatif fédéral-provincial des ressources humaines en santé. Je voudrais souligner l'aide professionnelle offerte par M^{me} Lourdes Flor, analyste économique et statistique à la Division des ressources humaines en santé de Santé et Bien-être social Canada, qui a révisé ce chapitre, et remercier aussi Indra Pulcins, adjointe à la recherche à la Division de la recherche et du développement des services de santé à l'Université de Colombie-Britannique et Peter Paddon, directeur des projets à la Section des soins de santé de Statistique Canada.

Ce rapport est adressé au gouvernement fédéral et ne représente pas une prise de position de sa part.

LISTE DES MEMBRES DU GROUPE DE TRAVAIL SUR L'EXERCICE DE L'HYGIÈNE DENTAIRE EN 1988

Présidente

Margery G.E. Forgay[1], Dip DH, BA, BEd,
Anciennement
Professor
School of Dental Hygiene,
University of Manitoba,
et présentement
Professor and Director,
School of Dental Hygiene,
Dalhousie University,
HALIFAX (Nouvelle-Écosse)

Membres

John Christie[1], DDS
Private Dental Practitioner
BEDFORD (Nouvelle-Écosse)
et Assistant Professor
Faculty of Dentistry,
Dalhousie University,
HALIFAX (Nouvelle-Écosse)

Joanne Clovis[1], DipDH, BEd, MSc,
Senior Dental Health Consultant,
Department of Community and Occupational Health,
EDMONTON (Alberta)

Roger L. Ellis[1], DDS, DDPH, MSc, FRCD(C),
Anciennement
Professor and Chairman
Department of Dental Health Care,
Faculty of Dentistry,
University of Alberta,
EDMONTON (Alberta)
et présentement
Deputy Registrar
Royal College of Dental Surgeons of Ontario
230 St. George Street
TORONTO (Ontario)

Sylvie Fréchette, BSc, MEd, hd[1],
Anciennement
Conseillère en santé dentaire,
Département de santé communautaire
Centre hospitalier Sainte-Justine,
MONTRÉAL (Québec)
et présentement
Assistante de recherche,
École de médecine dentaire,
Université Laval, Cité universitaire,
SAINTE-FOY (Québec)

Diane Girardin, RDH,
Hygiéniste dentaire en exercice privé
WINNIPEG, (Manitoba)

Patricia M. Johnson[1], RDH, BScD, MSc, (PhD Candidate),
WILLOWDALE (Ontario)

Carol Kline[1], RDH, BSc, MA,
Anciennement
Community Services Coordinator,
Program of Dental Hygiene,
University of British Colombia
et présentement
Community Services Consultant
VANCOUVER (Colombie-Britannique)

Michael H. Lewis, DDS, DDPH,
Anciennement
Executive Director
Saskatchewan Health Dental Plan,
REGINA (Saskatchewan)
et présentement
Dental Consultant
Government of the Northwest Territories
Bag *7777*
YELLOWKNIFE (Territoires du Nord-Ouest)

Kate MacDonald[1], RDH, BS, MEd,
Anciennement
Associate Professor,
School of Dental Hygiene,
Dalhousie University
et présentement
Co-ordinator, Alumni Affairs and Director, Continuing Education
Faculty of Dentistry
Dalhousie University
HALIFAX (Nouvelle-Écosse)

Chalmers T. McNichol, DDS,
Private dental practitioner,
CALGARY (Alberta)

Carole K. Ono, RDH, BA[1], (MEd Candidate),
Chairman, Dental Health Programs,
Seneca College of Applied Arts and Technology,
WILLOWDALE (Ontario)

Andrew Toeman, DDS, FAGD,
Private dental practitioner,
ILE-DES-SOEURS (Québec)

---

1 -Membre du groupe de rédaction du rapport

LISTE DES MEMBRES DU GROUPE DE TRAVAIL SUR L'EXERCICE DE L'HYGIÈNE DENTAIRE EN 1988

(suite)

Coordination

Sharon B. Amer[1], RDH, BA,
BS, MS,
Conseillère,
Normes de santé dentaire,
Santé et Bien-être social
Canada,
OTTAWA (Ontario)

Observateurs

William R. Bedford, DDS,
DDPH,
Expert-conseil dentaire
principal,
Santé et Bien-être social
Canada,
OTTAWA (Ontario)

Donald G. Ross, BSc, DMD,
Expert-conseil dentaire
principal par intérim
(Septembre 1983 - avril 1984)

1 -Membre du groupe de rédaction du rapport

Ce rapport est présenté au gouvernement fédéral par un Groupe de travail formé d'experts dans le domaine. Il a été approuvé par tous les membres mais ne constitue pas une prise de position de la part du gouvernement fédéral ou des associations professionnelles nationales qui ont désigné les membres du Groupe.

AVANT-PROPOS

En mars 1981, le ministère de la Santé nationale et du Bien-être social a créé le Groupe de travail sur l'exercice de l'hygiène dentaire. Ce groupe a été constitué dans le cadre d'un programme national ayant pour objet de définir des lignes directrices pour les services de santé dentaire, lesquelles visent, entre autres objectifs, à appuyer le développement de nouvelles professions de la santé au Canada.

Le Groupe de travail sur l'exercice de l'hygiène dentaire se compose de huit hygiénistes dentaires et de cinq dentistes nommés par des organisations professionnelles telles que l'Association canadienne des hygiénistes dentaires, l'Association dentaire canadienne et la Société canadienne des dentistes en santé publique. Les membres proviennent de différents milieux, notamment des cabinets dentaires privés, des services de santé communautaire, des hôpitaux, des écoles d'art dentaire et d'hygiène dentaire. Ils représentent également toutes les régions géographiques ainsi que les deux groupes linguistiques officiels du pays.

Le mandat du Groupe de travail élaboré au départ au sein du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social et subséquemment révisé par les membres du Groupe, vise ce qui suit :

1. Examiner l'exercice actuel de l'hygiène dentaire et les lignes directrices existantes.

2. Définir, à partir d'une étude de la littérature sur le sujet, les différentes aires de l'exercice de l'hygiène dentaire, notamment l'hygiène dentaire communautaire, l'exercice privé, l'exercice en établissement, l'enseignement et la recherche.

3. Examiner les questions et les données ayant trait aux ressources humaines en hygiène dentaire au Canada et faire des recommandations à ce sujet.

4. Examiner la question de l'enseignement de l'hygiène dentaire, les procédures d'agrément et les normes d'enseignement.

5. Établir une méthode pour la préparation des principes à la base des normes d'exercice en hygiène dentaire.

6. Construire un modèle d'exercice de l'hygiène dentaire.

7. Préparer des lignes directrices pour l'exercice de l'hygiène dentaire, faire des recommandations appropriées et présenter un rapport écrit.

Le Groupe de travail s'est réuni à plusieurs reprises depuis bientôt six ans. Un sous-groupe pour la rédaction du rapport a tenu des réunions périodiques depuis trois ans. Le Groupe de travail a recommandé à Santé et Bien-être social Canada d'établir deux autres comités, à savoir : le Sous-comité sur la recherche et le Comité consultatif sur l'élaboration des normes relatives à l'exercice clinique de l'hygiène dentaire.

Le Sous-comité sur la recherche, composé de sept hygiénistes dentaires et de deux dentistes-chercheurs, a été formé en 1982. Son mandat comprend ce qui suit :

1. Définir et établir des projets de recherche en relation avec les délibérations du Groupe de travail et d'autres sujets en matière d'hygiène dentaire.

2. Encourager l'élaboration de projets de recherche portant sur les sujets ainsi définis et y participer.

3. Encourager les hygiénistes dentaires à participer à des projets de recherche multidisciplinaires ainsi qu'aux projets touchant principalement l'hygiène dentaire.

4. Pousser plus avant l'élaboration d'une proposition au sujet de la conférence sur la recherche en hygiène dentaire prévue pour l'automne de 1982.

5. Élaborer et publier des lignes directrices pour aider les hygiénistes dentaires à s'engager dans la recherche.

De concert avec l'École d'hygiène dentaire de l'Université du Manitoba, le Sous-comité sur la recherche a organisé la première conférence sur la recherche en hygiène dentaire qui ait été tenue à l'échelle mondiale. Celle-ci a eu lieu les 30 septembre et 1er octobre 1982 à Winnipeg. Les délibérations de la Conférence ont été publiées et sont disponibles dans les deux langues officielles à l'École d'hygiène dentaire de l'Université du Manitoba ou en s'adressant à la Direction des services de santé du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social.

Le Comité consultatif sur l'élaboration des normes relatives à l'exercice clinique de l'hygiène dentaire a été formé en 1983 lorsqu'on s'est rendu compte que la question des normes d'exercice était si importante et si complexe qu'elle ne pouvait être étudiée convenablement par le Groupe de travail. Le Comité consultatif est composé d'enseignants et de chercheurs en hygiène et en médecine dentaire, d'hygiénistes dentaires praticiennes et de méthodologistes de la recherche. Il effectuera son travail avec l'aide d'un consultant d'expérience en matière d'hygiène dentaire doublé d'un chercheur engagé à contrat. Le mandat du Comité consultatif sur l'élaboration des normes relatives à l'exercice clinique de l'hygiène dentaire comprend ce qui suit :

1. Formuler une méthodologie pour l'élaboration de normes de pratique clinique à l'intention des hygiénistes dentaires en exercice.

2. Compter parmi ses membres un hygiéniste dentaire travaillant effectivement en exercice clinique, un ou des dentistes et un ou des méthodologistes de la recherche ainsi qu'un membre du Groupe de travail sur l'exercice de l'hygiène dentaire.

3. Communiquer régulièrement avec les groupes ou les associations intéressés aux normes d'hygiène dentaire (par ex. l'ACHD, ADC).

4. Fournir au Groupe de travail sur l'exercice de l'hygiène dentaire des définitions et un cadre de travail.

5. Fournir au Groupe de travail sur l'exercice de l'hygiène dentaire des rapports intérimaires pour que ses membres fassent leurs suggestions et leurs observations.

6. Présenter un rapport qui deviendrait, avec un chapitre comprenant les observations du Groupe de travail sur l'exercice de l'hygiène dentaire, le Tome II du rapport du Groupe de travail sur l'exercice de l'hygiène dentaire.

7. Élaborer la description de tâches dans le contrat du chercheur et la présenter au ministère de la Santé nationale et du Bien-être social pour qu'elle soit approuvée.

8. Surveiller les travaux du chercheur engagé à contrat.

9. Considérer le rapport comme un document du Comité tenant compte de l'aide technique fournie par le chercheur.

Les résultats de l'étude qui devrait être terminée en 1987 seront publiés en 1988 en même temps que les observations des membres du Groupe de travail principal.

Le présent document intitulé : L'exercice de l'hygiène dentaire au Canada, Tome I, représente le premier examen d'ensemble de l'exercice de l'hygiène dentaire au Canada. Ce rapport vise à fournir une information descriptive de base sur l'exercice de l'hygiène dentaire au Canada, à répertorier les principales études et la bibliographie dans ce domaine, à décrire les grands problèmes qui se posent à l'heure actuelle et à proposer des principes devant servir à l'étude subséquente de ces questions, à cerner d'autres domaines de recherche et d'étude et à présenter des recommandations.

L'Association canadienne des hygiénistes dentaires a publié, grâce à une subvention de Santé et Bien-être social Canada, un document de douze pages qui contient un résumé du rapport du Groupe de travail sur l'exercice de l'hygiène dentaire et ses recommandations, dans

le numéro du printemps 1986 de la revue l'Hygiéniste dentaire canadien. Le résumé et les recommandations ont été publiés dans les deux langues, sous forme d'encart, dans la revue distribuée à la fin de mars à tous les hygiénistes dentaires du Canada. On peut obtenir des exemplaires du résumé et des recommandations auprès de la Direction des services de santé du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, à Ottawa (Ontario) K2A 1B4. Un résumé de six pages du rapport du Groupe de travail, Tome I a été imprimé dans le numéro de mars 1986 du Journal de l'Association dentaire canadienne. Santé et Bien-être social Canada a appuyé financièrement la publication du résumé dans les deux langues officielles et la distribution de ce numéro du journal à tous les dentistes du Canada.

Il importe de se rappeler que le Groupe de travail sur l'exercice de l'hygiène dentaire n'a pas le pouvoir de commander des changements. Les organismes de réglementation professionnelle dans les provinces, les conseillers en matière de politiques de santé des gouvernements, les organismes professionnels, les éducateurs, les chercheurs et les hygiénistes dentaires eux-mêmes ainsi que les dentistes peuvent avoir une influence plus directe dans ce domaine. Néanmoins, nous espérons que ces organismes et ces personnes trouveront que les Tomes I et II du rapport leur fournissent une base utile et bien raisonnée pour examiner l'exercice de l'hygiène dentaire au Canada et peut-être proposer des changements.

Comme la profession d'hygiéniste dentaire est exercée principalement par des femmes alors que la majorité des dentistes sont des hommes, dans les publications sur le sujet on utilise souvent le pronom "il" à propos des dentistes et "elle" à propos des hygiénistes dentaires. Le rapport tente d'éviter les stéréotypes sexuels en utilisant dans la mesure du possible des pronoms et des verbes au pluriel.

TABLE DES MATIÈRES

		Page
PRÉFACE		i
LISTE DES MEMBRES, 1988		ii
	Groupe de travail sur l'exercice de l'hygiène dentaire	ii
AVANT-PROPOS		v
TABLE DES MATIÈRES		vii
LISTE DES TABLEAUX		xiii
LISTE DES FIGURES		xvi
RÉSUMÉ ET RECOMMANDATIONS		1
1.	Résumé	1
2.	Recommandations	7
	Historique	8
	Ressources humaines	8
	Formation	8
	Réglementation	10
	Exercice de l'hygiène dentaire	11
	Facteurs importants	12
CHAPITRE I INTRODUCTION		13
BIBLIOGRAPHIE		16
CHAPITRE II HISTORIQUE		17
1.	Origine et évolution de l'hygiène dentaire	17
2.	Les débuts au Canada	18
	Ontario	18
	Saskatchewan	19
	Île-du-Prince-Édouard	20
	Colombie-Britannique	20
	Manitoba	21
	Nouveau-Brunswick	21
	Nouvelle-Écosse	21
	Yukon	21
	Alberta	21
	Québec	22
	Territoires du Nord-Ouest	23
	Terre-Neuve	23

Page

3. Évolution récente de la profession 23
4. Associations professionnelles 24
5. Événements marquants 24
6. Conclusions 27
BIBLIOGRAPHIE 28

CHAPITRE III LES RESSOURCES HUMAINES 30

1. Introduction 30
2. Limites et sources de données 30
3. Nombre d'hygiénistes dentaires 32
4. Profil actuel des hygiénistes dentaires au Canada 41
5. Nombre de dentistes 45
6. Autres problèmes ayant trait au besoin de ressources humaines en hygiène dentaire 49
7. Conclusions 50
BIBLIOGRAPHIE 52

CHAPITRE IV FORMATION 54

1. Introduction 54
2. Programmes universitaires 55
3. Programme des Forces armées canadiennes 56
4. Programmes des collèges communautaires 56
Collèges d'enseignement général et professionnel (CEGEP) 57
Collèges des arts appliqués et de la technologie de l'Ontario (CAAT) 57
5. Nombre de programmes 59
6. Conditions préalables à l'admission dans les programmes de formation des hygiénistes dentaires. 59
7. Formation et mobilité professionnelle pour le personnel dentaire 59
Échelle de carrière 60
Options de carrière 61
8. Accréditation 61
9. Formation en vue de l'exercice de fonctions élargies 62
10. Formation continue 63
BIBLIOGRAPHIE 64

CHAPITRE V RÉGLEMENTATION 66

1. Introduction 66
2. Inscription au registre et permis d'exercice 67
3. Composition des organismes de réglementation 67
4. Surveillance 79
5. Auto-réglementation 87
6. Transférabilité 88
Possibilités d'augmenter la transférabilité 91
7. Conclusions 92
BIBLIOGRAPHIE 93

Page

CHAPITRE VI L'EXERCICE DE L'HYGIÈNE DENTAIRE - VUE D'ENSEMBLE 97

1. Sources d'information 97
2. Définition et cadre d'analyse 98
3. Modèle théorique de l'exercice de l'hygiène dentaire 99
4. Perspective historique 99
5. Classification et répartition des milieux d'exercice 102
6. Services d'hygiène dentaire 111
7. Exercice clinique de l'hygiène dentaire 111
8. Rémunération des hygiénistes dentaires 114
9. Conclusions 114

BIBLIOGRAPHIE 116

CHAPITRE VII LES MILIEUX D'EXERCICE DE L'HYGIÈNE DENTAIRE 119

1. L'exercice en cabinet dentaire privé 119
   Conséquences de l'exercice en cabinet dentaire privé pour les hygiénistes dentaires 122
   Facteurs influençant le rôle de l'hygiéniste dentaire dans la pratique dentaire privée 123
2. La santé communautaire 125
   Les services de santé 125
   L'exercice de l'hygiène dentaire en établissement 131
   Les centres de soins primaires 132
   Facteurs influençant les rôles des hygiénistes dentaires dans l'avenir 132
   Rôles potentiels dans l'avenir 136
3. Les maisons d'enseignement 137
   Types de maison d'enseignement 137
   Programmes d'hygiène dentaire 137
   Programmes de formation pour les thérapeutes dentaires et les assistantes dentaires 138
   Programmes de formation des dentistes 138
   Débouchés éventuels dans le domaine de l'éducation 138
4. Les services dentaires des Forces armées canadiennes 140
5. La recherche 141
6. L'industrie dentaire 142
7. Les cliniques dentaires organisées par les entreprises et les syndicats 143
8. L'exercice de l'hygiène dentaire à titre privé : autres modes d'exercice 143
   L'hygiéniste dentaire autonome 144
   L'hygiéniste dentaire indépendante travaillant à contrat 144
   L'hygiéniste dentaire agissant comme praticienne indépendante 148
9. Conclusions 149

BIBLIOGRAPHIE 152

Page

CHAPITRE VIII FACTEURS IMPORTANTS 160

1. Questions de démographie 160
2. Modifications de l'incidence de la maladie bucco-dentaire 161
3. Questions d'économie 162
Dépenses au titre des services de santé dentaire au Canada 162
L'assurance dentaire 162
Les régimes publics de soins dentaires 163
Impact économique de la réglementation du personnel de santé dentaire autre que les dentistes 164
4. La politique gouvernementale et la législation 165
5. Les relations avec d'autres membres du personnel dentaire 168
Les dentistes 168
La réglementation 168
L'emploi 168
Les associations professionnelles 169
Relations futures entre la médecine dentaire et l'hygiène dentaire 170
Autres membres du personnel dentaire 170
6. Les relations avec d'autres professionnels de la santé 170
7. L'intégration sociale 171
8. L'augmentation du professionnalisme 172
9. La satisfaction sur le plan professionnel 173
10. La recherche 174
11. Les normes d'exercice, l'assurance de la compétence et l'assurance de la qualité des soins 174
12. L'hygiène dentaire dans le monde 175
13. Conclusions 177
BIBLIOGRAPHIE 178

CHAPITRE IX DISCUSSION ET CONSÉQUENCES POUR L'AVENIR 184

ANNEXE A - Liste des membres du Sous-comité sur la recherche du Groupe de travail sur l'exercice de l'hygiène dentaire en 1982 191

ANNEXE B - Liste des membres du Comité consultatif sur l'élaboration des normes relatives à l'exercice clinique de l'hygiène dentaire 192

ANNEXE C - Programmes de formation en hygiène dentaire au Canada 193

ANNEXE D - Tableau E.1 Organismes de réglementation des hygiénistes dentaires pour les provinces et les territoires 195

ANNEXE E - Associations professionnelles nationales 197
- Association canadienne des hygiénistes dentaires 197
- Association dentaire canadienne 197

Page

ANNEXE F - Tableau F.1 Résumé des réponses à un questionnaire expédié à la fin de 1982 à un groupe d'organismes de réglementation américains par le Groupe de travail sur l'exercice de l'hygiène dentaire à propos de la surveillance générale des hygiénistes dentaires 198

Tableau F.2 Critères pour la prise de décisions au sujet de la surveillance générale 199

ANNEXE G - Déclarations de l'Association canadienne des hygiénistes dentaires à propos des modes d'exercice de l'hygiène dentaire et des types de surveillance (approuvées par le conseil d'administration de l'ACHD, 1984) 200

ANNEXE H - Rapports ayant trait aux travaux du groupe de travail sur l'exercice de l'hygiène dentaire 202

LISTE DES TABLEAUX

NUMÉRO	TITRE	PAGE
2.1	Reconnaissance juridique de l'hygiène dentaire en tant que profession de la santé au Canada, par province ou territoire et par année	19
3.1	Nombre d'hygiénistes dentaires autorisées par province d'inscription et par année, Canada, 1966-1986	33
3.2	Taux de croissance annuel moyen du nombre des hygiénistes dentaires autorisées au Canada, pour des périodes choisies de 1965 à 1985	34
3.3	Nombre d'habitants par hygiéniste dentaire autorisée, par province et territoire d'inscription et par année, 1976-1986	35
3.4	Nombre de diplômées des écoles d'hygiène dentaire au Canada, par province et par année d'obtention du diplôme, 1953-1985 et augmentation en pourcentage pour le Canada par périodes de cinq ans	36
3.5	Nombre de diplômées des écoles d'hygiène dentaire, par école et année d'obtention du diplôme, Canada, 1975-1985	37
3.6	Ratios actuels et projetés d'hygiénistes dentaires par dentiste pour des années choisies entre 1981 et 2001	38
3.7	Moyenne mensuelle des postes vacants pour des hygiénistes dentaires dans la banque nationale d'emplois, par province, 1982-1986	39
3.8	Nombre de nouveaux postes vacants pour des hygiénistes dentaires dans la banque nationale d'emplois, Canada et provinces, 1983-1986	40
3.9	Répartition en pourcentage femmes:hommes des hygiénistes dentaires au Canada pour des années choisies, 1976-1983	41
3.10	Répartition en pourcentage des hygiénistes dentaires au Canada par groupe d'âge pour des années choisies, 1976-1983	42
3.11	Pourcentages des hygiénistes dentaires actives au Canada par année d'obtention du diplôme, 1940-1979	44
3.12	Répartition en pourcentage des hygiénistes dentaires au Canada, d'après leur statut professionnel, pour des années choisies entre 1976 et 1983	44
3.13	Nombre de dentistes autorisés actifs au Canada, par province de résidence pour certaines années entre 1951 et 1986	46
3.14	Nombre d'habitants par dentiste autorisé, en exercice au Canada et pourcentage de changements pour des années entre 1951 et 1986	47

LISTE DES TABLEAUX (suite)

NUMÉRO	TITRE	PAGE
3.15	Nombre d'habitants par dentiste autorisé en exercice actif par province de résidence et par année, 1976-1986	48
4.1	Programmes de formation en hygiène dentaire au Canada, 1988	58
5.1	Organismes détenteurs du pouvoir d'accorder des permis d'exercice ou d'inscrire au registre des hygiénistes dentaires, par province ou par territoire, 1987	68
5.2	Admissibilité à l'obtention d'un permis d'exercer ou à l'inscription au registre des hygiénistes dentaires, par province ou territoire, 1987	73
5.3	Composition des organismes émettant des permis d'exercer ou inscrivant les hygiénistes dentaires au registre, par province et territoire, 1987	80
5.4	Exigences en matière de surveillance des hygiénistes dentaires, par province et territoire, 1987	82
5.5	Exigences relatives au permis d'exercer ou à l'inscription au registre pour les hygiénistes dentaires par province et territoire, 1987	89
6.1	Actes cliniques posés par les hygiénistes dentaires en conformité avec la loi, Canada, 1985	100
6.2	Modèle d'exercice de l'hygiène dentaire : application de quatre éléments	104
6.3	Répartition des hygiénistes dentaires au Canada par type de milieu de travail et statut professionnel pour des années choisies entre 1965 et 1983	106
6.4	Milieux existants et potentiels d'exercice de l'hygiène dentaire au Canada, par ordre de prévalence, 1985	108
6.5	Postes d'hygiénistes dentaires au Canada par type d'employeur et heures habituelles d'emploi par semaine, 1983	109
6.6	Répartition des hygiénistes dentaires exerçant au Canada, par type de milieu d'exercice principal et par province d'emploi, 1983	109

LISTE DES TABLEAUX (suite)

NUMÉRO	TITRE	PAGE
6.7	Répartition des hygiénistes dentaires dans les milieux d'exercice non privé aux États-Unis, 1983	110
7.1	Classification des hygiénistes dentaires travaillant dans les services de santé au Canada	128
7.2	Postes en santé communautaire disponibles pour les hygiénistes dentaires au Canada, par province et niveau de classification, 1986	130
7.3	Établissements correctionnels et de soins employant des hygiénistes dentaires, Canada, 1986	133
7.4	Hygiénistes dentaires oeuvrant à titre d'enseignantes au Canada, par province, type d'établissement, emploi à temps plein ou à temps partiel et titre scolaire le plus élevé pour 1985	139
7.5	Endroits, au Canada, où des hygiénistes dentaires des services dentaires des Forces armées canadiennes exercent leur profession, 1985	140
7.6	Différents modes d'exercice en cabinet privé pour les hygiénistes dentaires	145
D.1	Organismes de réglementation des hygiénistes dentaires dans les provinces et les territoires	195
F.1	Résumé des réponses à un questionnaire expédié à la fin de 1982 à un groupe d'organismes de réglementation américains par le Groupe de travail sur l'exercice de l'hygiène dentaire à propos de la surveillance générale des hygiénistes dentaires	198
F.2	Critères utilisés pour la prise de décisions relatives à la supervision générale	199

LISTE DES FIGURES

NUMÉRO	TITRE	PAGE
1.1	Ancien modèle de relation de dentistes à auxiliaires dentaires	14
1.2	Nouveau modèle de personnel en santé dentaire, de professionnels en santé dentaire ou d'équipe de santé dentaire	14
6.1	Modèle d'exercice de l'hygiène dentaire	103
6.2	Répartition en pourcentage du temps consacré par les hygiénistes dentaires employées en hygiène dentaire au Canada à chacun des domaines de responsabilités par type d'employeur principal, 1983	113
8.1	Élaboration d'une politique gouvernementale	166

RÉSUMÉ ET RECOMMANDATIONS*, **

1. RÉSUMÉ

Introduction

Créé en 1981 par le ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, le Groupe de travail sur l'exercice de l'hygiène dentaire se compose de huit hygiénistes dentaires et de cinq dentistes nommés par des organisations professionnelles telles que l'Association canadienne des hygiénistes dentaires, l'Association dentaire canadienne et la Société canadienne des dentistes de santé publique. Les membres proviennent de différents milieux, notamment les cabinets dentaires privés, la santé communautaire, les hôpitaux, les écoles d'art dentaire et d'hygiène dentaire. Ils représentent également toutes les régions géographiques ainsi que les deux groupes linguistiques officiels du pays.

Le Groupe de travail s'est réuni au cours d'une période d'environ six ans et a recommandé à Santé et Bien-être social Canada de former deux autres comités : le Sous-comité sur la recherche et le Comité consultatif sur l'élaboration des normes relatives à l'exercice clinique de l'hygiène dentaire. Le Sous-comité sur la recherche, formé en 1982 et composé de sept hygiénistes dentaires et de deux dentistes, a organisé, de concert avec l'École d'hygiène dentaire de l'Université du Manitoba, la première conférence sur la recherche en hygiène dentaire, tenue le 30 septembre et le 1er octobre 1982 à Winnipeg. Le Comité consultatif sur l'élaboration des normes relatives à l'exercice clinique de l'hygiène dentaire, formé en 1983, compte des enseignants et des chercheurs en hygiène et en médecine dentaire, des hygiénistes dentaires praticiennes et deux méthodologistes de la recherche. Le Comité doit étudier les normes d'exercice clinique de l'hygiène dentaire, question complexe d'une grande importance. Les conclusions de son étude, après avoir été révisées par le Groupe de travail, constitueront le Tome II du rapport du Groupe de travail.

Le tome I du rapport du Groupe de travail sur l'exercice de l'hygiène dentaire vise les objectifs suivants : fournir une information descriptive sur l'hygiène dentaire au Canada, répertorier les principaux ouvrages et les principales études dans ce domaine, décrire les principales questions de l'heure et proposer des principes directeurs pour leur étude, cerner des secteurs de recherche et soumettre des recommandations.

La discipline et la science de l'hygiène dentaire ont vu le jour aux États-Unis, en 1907. Au Canada, les autorités sanitaires publiques ont donné naissance à ce mouvement à la fin des années 1940 et des débouchés dans les cabinets dentaires privés n'ont pas tardé à s'ouvrir. L'hygiène dentaire est reconnue légalement depuis 1947 en Ontario, 1948 en Saskatchewan, 1950 à l'Île-du-Prince-Édouard, 1951 en Colombie-Britannique, 1952 au Manitoba, 1953 au Nouveau-Brunswick, 1955 en Nouvelle-Écosse, 1958 au Yukon, 1959 en Alberta, 1962 au Québec, 1967 dans les Territoires du Nord-Ouest, et, finalement, depuis 1968 à Terre-Neuve.***

Les deux phénomènes majeurs qui ont influencé le développement de l'hygiène dentaire depuis la fin de la Seconde Guerre mondiale ont été d'une part, l'expansion de l'hygiène dentaire dans plus de 50 pays, et d'autre part, l'étude des fonctions élargies, entraînant des changements importants au niveau de l'exercice dans certaines régions.

---

* Le résumé a été mis à jour et révisé depuis mars 1986, toutefois, les recommandations sont restées inchangées.

** En août 1986, le conseil de l'Association canadienne des hygiénistes dentaires a accepté le résumé et les recommandations en tant que déclaration de principes officielle.

*** Dans le résumé et les recommandations publiés en mars 1986, on a par erreur indiqué que la reconnaissance juridique de l'hygiène dentaire au Québec avait eu lieu en 1946.

On compte actuellement près de 75 000 hygiénistes dentaires dans le monde dont 6 000 au Canada.

ASSOCIATIONS PROFESSIONNELLES

Au Canada, la constitution des organismes professionnels d'hygiène dentaire a débuté vers les années 1960. L'Association canadienne des hygiénistes dentaires a été constituée officiellement en 1965 et représentait les organismes d'hygiène dentaire de l'Ontario, de la Nouvelle-Écosse, de l'Alberta et du Manitoba. En 1978, cette Association représentait les associations constituantes des dix provinces. Incorporée en 1985, elle a contribué largement au développement de l'hygiène dentaire au Canada. Au nombre de ses activités, mentionnons la présentation de mémoires au Comité spécial d'étude sur les auxiliaires dentaires (1968) et à la Commission de révision des services de santé (1979), l'organisation du septième Colloque international sur l'hygiène dentaire (1979), la tenue d'ateliers sur le développement organisationnel, l'éducation permanente, l'enseignement de l'hygiène dentaire et la transférabilité des permis d'exercice, la collaboration avec Statistique Canada pour la collecte de données sur l'hygiène dentaire au Canada, l'octroi d'une aide financière à la Conférence sur la recherche en hygiène dentaire (1982) et l'aide en vue du financement des études sur les ressources humaines en hygiène dentaire (appelées autrefois "main-d'oeuvre").

FORMATION

Pour exercer l'hygiène dentaire au Canada, il faut, en général, avoir suivi un programme de deux ans menant à un diplôme. La Faculté d'art dentaire de l'Université de Toronto a mis sur pied, en 1951, le premier programme d'enseignement de l'hygiène dentaire. L'effectif initial restreint (de 6 à 8 étudiants) est passé à 50 nouveaux étudiants par année lorsque la Faculté a emménagé dans un immeuble plus grand en 1961.

Les forces armées canadiennes ont commencé à former des hygiénistes dentaires en 1956. Des programmes d'hygiène dentaire ont vu le jour successivement, en 1961 à l'Université de l'Alberta et à l'Université Dalhousie, en 1963 à l'Université du Manitoba, et en 1968 à l'Université de la Colombie-Britannique. Le premier programme de baccalauréat en hygiène dentaire a débuté en 1971, à l'Université de Montréal; le second, a débuté en 1977, à l'Université de Toronto.

En 1972, le Québec établissait des programmes dans six collèges d'enseignement général et professionnel (CEGEP). Par la suite, en 1974, l'Ontario offrait un programme d'hygiène dentaire au Algonquin College of Applied Arts and Technology (CAAT), à Ottawa. En 1977, dix autres programmes étaient offerts dans des collèges communautaires ontariens. En 1979, un programme de un an en hygiène dentaire, à l'intention des thérapeutes dentaires, débutait au Wascana Institute de Regina.*

Dans les années 1960, on reconnaissait la nécessité de créer au Canada des programmes de baccalauréat en hygiène dentaire pour préparer des enseignants en hygiène dentaire ou en assistance dentaire, des coordonnateurs et des experts-conseils en matière de santé publique ainsi que des chercheurs. En 1983, une étude de marché dans l'ouest du pays a permis de cerner des débouchés éventuels suffisants pour justifier la création d'un programme menant à un baccalauréat en hygiène dentaire dans cette région. Des études similaires pourraient permettre de préciser les besoins de bacheliers en hygiène dentaire dans les provinces de l'Atlantique, au Québec et en Ontario.

Les hygiénistes dentaires canadiennes reconnaissent l'utilité et la nécessité de l'éducation permanente. D'ailleurs, un grand nombre d'entre elles poursuivent des programmes d'éducation permanente. L'Association canadienne des hygiénistes dentaires a fortement encouragé ses organisations

---

* Les thérapeutes dentaires ont pour mission d'assurer la restauration, l'extraction et des services dentaires préventifs à une clientèle choisie sur les conseils d'un dentiste.

constituantes à mettre l'accent sur l'éducation permanente; elle a également fait enquête récemment sur les besoins en éducation permanente des hygiénistes dentaires pour continuer à exercer.

RESSOURCES HUMAINES

Dans les années 1960, on s'inquiétait des pénuries courantes et prévisibles de personnel dentaire.* En raison de facteurs tels que la croissance démographique, l'amélioration du niveau de vie et l'intérêt grandissant du public pour la santé dentaire, on prévoyait un besoin accru de professionnels dentaires. On préconisait une augmentation de l'effectif des hygiénistes dentaires et l'élargissement de leurs fonctions. Vers la fin des années 1970, la situation étant complètement changée, on s'inquiétait dorénavant d'un surplus projeté d'hygiénistes dentaires. Le nombre des dentistes autorisés a plus que doublé au Canada de 1964 à 1984, passant de 6 218 à 12 624. La croissance démographique n'a pas suivi la même évolution, ce qui a entraîné une baisse du rapport population:dentiste.

Ces dernières années, le nombre des hygiénistes dentaires s'est accru proportionnellement plus vite que celui des dentistes, passant de 165, en 1964, à 5 315 en 1984, soit une augmentation de plus de trente fois le nombre initial. Cette croissance phénoménale est attribuable à la création de nombreux programmes d'enseignement de l'hygiène dentaire. Entre 1972 et 1982, le nombre de diplômés en hygiène dentaire a triplé. Les rapports hygiénistes dentaires:dentistes au Canada passeront de 4:10, en 1983, à 7:10 en 2001 si le taux de croissance actuel se poursuit. En dépit des inquiétudes concernant un excédent éventuel d'hygiénistes dentaires, les diplômés en hygiène dentaire ne rencontrent presque pas de difficultés à se trouver un emploi. La diminution enregistrée dans la prévalence des caries dentaires et l'identification des parodontopathies comme devant être le principal problème de santé bucco-dentaire dans un proche avenir, au Canada, justifient le maintien d'une main-d'oeuvre d'hygiénistes dentaires suffisante pour répondre de façon efficace et efficiente aux besoins futurs de santé dentaire.

Au Canada, les hygiénistes dentaires sont en grande majorité de sexe féminin (98 %). Elles sont âgées, en moyenne, d'un peu moins de 30 ans. Contrairement à certains mythes tenaces, la plupart des hygiénistes dentaires demeurent longtemps sur le marché du travail; elles le quittent en général pour une période relativement courte reliée à la maternité; elles travaillent à temps plein et exercent leur profession dans un seul lieu de travail.

La planification des ressources humaines n'est pas une science exacte et les prémisses des études sur les ressources humaines peuvent en déterminer les conclusions. Dans les études sur les ressources humaines en santé dentaire, on présume généralement que la demande de soins dentaires demeurera relativement constante, que l'incidence et la prévalence actuelles de la maladie dentaire ne varieront pas considérablement, que la prestation de soins demeurera à son niveau actuel et que les types et fonctions des dispensateurs de soins dentaires ne changeront pas. Les prévisions varient selon l'organisme qui les fait, mais il faut noter que les modèles de planification des ressources humaines en santé dentaire ont presque toujours été élaborés par ou pour des dentistes. Il convient d'avoir des modèles plus perfectionnés, qui tiennent compte des changements démographiques, de l'évolution de la maladie dentaire et de la demande de soins, de l'accroissement de la productivité ainsi que des rôles éventuels de tous les dispensateurs de soins dentaires.

RÉGLEMENTATION

La réglementation de l'exercice de toute discipline de la santé vise principalement à protéger le public en veillant au respect de

* Le personnel dentaire inclut les dentistes, les hygiénistes dentaires, les thérapeutes dentaires, les assistantes dentaires et d'autres personnes oeuvrant dans le domaine. Même si le terme sert à désigner surtout les dentistes, il est également utilisé pour décrire l'ensemble des groupes professionnels dans le domaine dentaire.

normes de qualité et de sécurité. Elle ne devrait servir les intérêts de la profession que dans la mesure où ceux-ci correspondent aux intérêts de la population. Un problème fondamental se pose pour les groupes professionnels lorsqu'il leur faut concilier leurs intérêts particuliers et ceux du public, lesquels ne sont pas toujours compatibles.

Au Canada, plusieurs professions de la santé jouissent de l'auto-réglementation. Sauf au Québec, et plus récemment en Ontario, tel n'est pas le cas pour l'hygiène dentaire. En effet les hygiénistes dentaires sont généralement régies par la Loi sur les dentistes et relèvent des ordres de dentistes tout en n'occupant que peu ou pas de sièges au sein de ces organismes. La réglementation est ainsi devenue une question de première importance, car la profession est non seulement régie par un autre groupe, en l'occurrence celui qui emploie les hygiénistes dentaires, mais elle est considérée par plusieurs, notamment les représentants des services de santé communautaire et les dispensateurs de soins de longue durée, comme étant trop réglementée. Dans bien des provinces comme dans de nombreux États américains, les organismes d'hygiène dentaire souhaitent pouvoir réglementer eux-mêmes leur profession. Ce point de vue, avancé fréquemment par des comités gouvernementaux, des économistes et d'autres auteurs, correspond à l'évolution de l'hygiène dentaire en tant que profession de la santé, et à l'idée qu'un groupe professionnel ne doit pas en réglementer un autre.

Au niveau national, la transférabilité du permis d'exercice et d'autres titres professionnels d'une région à l'autre du Canada constitue une des questions de réglementation à caractère prioritaire. Les déplacements sont de plus en plus nombreux au sein de la société canadienne et la possibilité pour les hygiénistes dentaires de déménager dans une autre région du pays sans perdre le droit d'exercer leur profession en inquiète plusieurs. Neuf provinces sur 10 de même que le Yukon et les Territoires du Nord-Ouest reconnaissent la transférabilité mais parfois avec certaines restrictions.

La question de la surveillance est actuellement la plus préoccupante au niveau des provinces. Sauf en Colombie-Britannique, les hygiénistes dentaires doivent travailler sous la surveillance d'un dentiste et le sens que prêtent les organismes de régie de la profession au mot "surveillance " fait qu'un dentiste doit être présent sur les lieux de travail. Il est cependant courant, en santé communautaire, de voir des hygiénistes dentaires travailler sans la surveillance sur place d'un dentiste. L'exercice de l'hygiène dentaire en santé publique et en cabinet privé en Colombie-Britannique et dans plusieurs États américains où la surveillance sur place n'est pas requise, a démontré depuis plusieurs décennies qu'un niveau de surveillance générale préserve la santé et la sécurité du public.

Le fait d'imposer une surveillance stricte des hygiénistes dentaires équivaut à ne pas reconnaître leur formation et leur compétence clinique, leur statut de praticiennes autorisées ainsi que la nature du travail qu'elles accomplissent. La surveillance obligatoire sur place des hygiénistes dentaires est non seulement incompatible avec les exigences de surveillance des autres professions de la santé au Canada, mais elle limite également la dispensation de soins dentaires préventifs nécessaires dans les établissements qui ne requièrent pas les services d'un dentiste à temps plein.

Un grand nombre de structures et de règlements actuels concernant l'exercice de l'hygiène dentaire sont trop restrictifs. Dans l'intérêt de l'hygiène dentaire et du public, il y a lieu d'apporter des changements dans les secteurs de la transférabilité, de la surveillance obligatoire et de l'auto-réglementation, afin d'améliorer l'accessibilité aux services dentaires préventifs et de correspondre au niveau de responsabilité que, de par leur formation et leur autorisation d'exercer, les hygiénistes dentaires peuvent assumer.

EXERCICE DE L'HYGIÈNE DENTAIRE

L'hygiéniste dentaire a recours à des moyens préventifs thérapeutiques, cliniques et éducatifs afin de promouvoir l'hygiène bucco-dentaire et de contribuer ainsi à préserver la santé du public. On comprend mieux l'exercice de l'hygiène dentaire si on le considère comme étant un processus plutôt qu'une série de tâches

délimitées. Dans cet esprit, le Groupe de travail a mis au point un modèle schématique de l'exercice de l'hygiène dentaire. Le modèle, qui s'inspire des soins infirmiers et de la santé communautaire, montre la corrélation existant entre les fonctions d'évaluation antérieure et postérieure, de planification et d'application, le milieu de pratique et les activités et structures qui assurent la qualité du service.

Pendant bien des années, l'exercice de l'hygiène dentaire s'est développé lentement, mais durant les années 1960 et 1970, des changements rapides et profonds se sont produits. L'exercice de l'hygiène dentaire a fait l'objet de vifs débats et de préoccupations non seulement à propos des fonctions qui devraient y être incluses, mais également en ce qui concerne les différents milieux d'exercice et l'éventail des responsabilités et des décisions afférentes.

Il existe au Canada différents milieux d'exercice de l'hygiène dentaire. Au nombre des milieux "traditionnels" figurent les cabinets dentaires privés (de pratique générale ou spécialisée, de groupe ou individuelle), les centres de santé communautaire (fédéraux, provinciaux, régionaux et municipaux), les établissements d'enseignement, les Forces armées et les hôpitaux. Au nombre des milieux de pratique de l'hygiène dentaire qui font leur apparition au Canada figurent d'autres milieux de pratique privée (les cliniques à succursales et les cliniques situées dans des centres commerciaux), des établissements autres que les hôpitaux (les établissements carcéraux), des milieux communautaires autres que les écoles (les centres de soins de jour et les centres pour personnes âgées), l'industrie dentaire, les cliniques dentaires administrées par des entreprises et des syndicats ainsi que les centres de recherche. D'autres milieux d'exercice existent aux États-Unis mais non au Canada, comme les organisations de préservation de la santé ("health maintenance organizations"), les cliniques d'hygiène bucco-dentaire et les cabinets d'hygiène dentaire.

Au Canada, 82 % des hygiénistes dentaires travaillent en cabinet privé, 10 % en santé communautaire, au-delà de 5 % dans l'enseignement post-secondaire, et un peu plus de 2 % dans les autres milieux d'exercice.

L'hygiène dentaire regroupe cinq catégories de services : les services cliniques, l'éducation en santé dentaire, la formation du personnel dentaire, l'administration et les autres services (notamment la recherche et la consultation). Les hygiénistes dentaires en cabinet privé consacrent plus de 75 % de leur temps à des activités cliniques dont, en premier lieu, des traitements préventifs du parodonte - et un peu moins de 20 % à l'éducation sanitaire. Les hygiénistes dentaires qui oeuvrent en santé communautaire consacrent plus de 50 % de leur temps à des services d'éducation en santé dentaire, près de 25 % aux services cliniques et environ 20 % seulement à l'administration et à d'autres services. Les enseignants en milieu post-secondaire consacrent 50 % de leur temps à la formation du personnel dentaire, près de 15 % à l'administration et un peu moins de 10 % aux services cliniques et à l'éducation sanitaire.

Même si des influences variées peuvent rendre hasardeuses certaines projections concernant les milieux d'exercice, quelques tendances semblent vraisemblables.

Les cabinets dentaires privés demeureront vraisemblablement le lieu de travail principal des hygiénistes dentaires au Canada. Il reste néanmoins à déterminer les répercussions de l'émergence de milieux de pratique dentaire non traditionnels, comme les cliniques satellites dans les centres commerciaux, de même que les effets de nouvelles méthodes de financement, comme la rémunération forfaitaire par personne. Les facteurs qui influencent le plus l'exercice de l'hygiène dentaire en cabinet privé, sont la perception qu'a le dentiste surveillant de l'hygiéniste dentaire, les prescriptions prévues dans la réglementation et l'excédent perçu de personnel en soins dentaires. Plus on insistera sur le bien-être et l'hygiène personnelle, plus le rôle de l'hygiéniste dentaire en matière de promotion de la santé et de prévention des maladies dentaires prendra de l'importance. Bien que la médecine dentaire ait été quelque peu réticente à reconnaître l'hygiène dentaire comme une nouvelle profession de la santé, la position officielle des associations dentaires à cet égard

est en train d'être réexaminée. De nouvelles perspectives peuvent favoriser l'ébauche d'une approche axée davantage sur une collaboration réciproque au niveau de laquelle les hygiénistes dentaires seraient considérées comme compétentes dans leur domaine et aptes à prendre les décisions appropriées concernant les soins cliniques en hygiène dentaire.

La réglementation actuelle limite la disponibilité et l'étendue des services d'hygiène dentaire. Un excédent potentiel de personnel dentaire peut avoir de profondes répercussions sur l'offre et la nature des postes en hygiène dentaire. Si, devant un excédent perçu de praticiens dentaires, ceux-ci cherchent à accroître la demande de soins dentaires en couvrant les besoins de populations encore insuffisamment desservies, il est probable qu'il en résulterait une augmentation des débouchés pour les hygiénistes dentaires. Ce mouvement serait imputable à trois facteurs : les dentistes pourraient employer plus d'hygiénistes dentaires à mesure que leur clientèle augmente, de nouveaux débouchés dans les milieux d'exercice non traditionnels pourraient se développer étant donné que la médecine dentaire, par l'entremise de ses pouvoirs de réglementation et autres pouvoirs officiels et officieux, peut créer des nouveaux milieux d'exercice davantage accessibles à une plus vaste clientèle, et une meilleure connaissance des avantages, en fait d'efficacité-coûts, des services préventifs offerts par les hygiénistes dentaires pourrait augmenter les besoins pour cette catégorie de personnel. Ainsi le surplus de personnel dentaire ne devrait pas se traduire par une diminution de l'emploi chez les hygiénistes dentaires. Il est à souhaiter que les divers intervenants dans ce domaine adoptent l'approche constructive indiquée précédemment.

En santé publique, les hygiénistes dentaires exercent leur profession dans des centres de santé communautaire et des établissements. Dans le premier cas, elles dispensent un vaste éventail de services tels que l'éducation sanitaire et la promotion de la santé, la pratique clinique, la planification de programmes de santé, le counseling, l'administration, l'évaluation et la recherche. Leurs principaux clients sont les enfants d'âge préscolaire et scolaire. Néanmoins, les adultes, les futurs parents, les personnes handicapées et les personnes âgées, deviennent des groupes importants de clients à mesure que la population canadienne évolue et qu'on réévalue ses besoins.

Au nombre des facteurs qui influenceront dans l'avenir les rôles des hygiénistes dentaires dans le secteur de la santé communautaire, mentionnons l'offre relative de ressources humaines, la création de programmes appropriés d'études universitaires en hygiène dentaire, la modification des lois restrictives, le degré d'élaboration des programmes de santé communautaire, la formulation de normes relatives à ces programmes et l'évolution de l'état de santé bucco-dentaire des Canadiens.

Pour ce qui est de l'exercice en établissement, les hygiénistes dentaires travaillent dans les hôpitaux de soins aigus ou de soins de longue durée ainsi que dans les établissements carcéraux. Les établissements de soins de longue durée comprennent, entre autres, les centres pour malades chroniques, les foyers de convalescence, et les centres de réadaptation pour une clientèle définie telle que les personnes atteintes de troubles affectifs, les personnes handicapées et les personnes âgées malades. Actuellement, toutes ces catégories de centres emploient des hygiénistes dentaires. Ces dernières pourraient y accomplir un travail plus vaste si les règlements de surveillance étaient moins restrictifs.

En 1983, au Canada, environ 5 % des hygiénistes dentaires s'occupaient de la formation post-secondaire du personnel dentaire. Selon toute probabilité, ce nombre demeurera relativement constant. Ces hygiénistes dentaires font de l'enseignement clinique et didactique; elles coordonnent des programmes, font de l'administration et de la recherche. Sauf dans les collèges communautaires de l'Ontario, la plupart des enseignants en hygiène dentaire possèdent un baccalauréat ou un diplôme d'études supérieures.

Les services dentaires des Forces armées canadiennes emploient environ 70 hygiénistes dentaires. La plupart ont été formés à l'École des services dentaires des Forces armées canadiennes à Borden, en Ontario. Au cours des

dernières années cependant, des postes ont également été ouverts aux hygiénistes dentaires issus de programmes civils. Des instituts de recherche, l'industrie dentaire ainsi que des centres dentaires de syndicats et d'entreprises offrent actuellement quelques postes aux hygiénistes dentaires.

FACTEURS IMPORTANTS

Bon nombre de facteurs vont influencer l'évolution de l'hygiène dentaire au Canada dans les années à venir. Le vieillissement de la population et l'évolution des tendances de la maladie dentaire sont au nombre des facteurs qui influenceront les besoins de services d'hygiène dentaire. L'incidence de la carie dentaire fléchissant dans les pays industrialisés, un plus grand nombre d'adultes vont conserver leurs dents naturelles pourvu que leur santé parodontale soit satisfaisante. Ces phénomènes entraîneront un accroissement du besoin de services d'hygiène dentaire. L'augmentation du niveau de vie et de la scolarité entraîneront également une plus forte demande de services de médecine dentaire préventive.

Selon Santé et Bien-être social Canada, les services dentaires représentent environ 6 % des dépenses totales (publiques et privées) en matière de soins de santé. Le secteur privé engage la majeure partie des dépenses en soins dentaires, mais au cours des dernières années, les régimes privés d'assurance dentaire et les régimes de soins dentaires subventionnés par l'État ont pris une importance grandissante. Ces deux régimes de financement peuvent faire croître la demande de services d'hygiène dentaire si les administrateurs cherchant à freiner l'escalade des coûts, offrent des services de qualité comparables à ceux dispensés par les dentistes mais à coût moindre et mettent l'accent sur les soins préventifs. Les règlements restrictifs qui limitent l'accès aux services préventifs dispensés par les hygiénistes dentaires représentent un facteur d'accroissement des coûts des soins de santé dentaire.

Les relations avec la médecine dentaire, primordiales pour l'hygiène dentaire, ont trait, pour la plupart, à l'emploi, à la réglementation et aux associations professionnelles. En dépit de certaines tensions, le rôle des hygiénistes dentaires demeurera probablement étroitement lié à l'art dentaire. Une collaboration étroite et permanente entre ces deux groupes servira davantage leurs intérêts et ceux du public. Il est proposé d'apporter des changements aux rapports traditionnels entre ces deux groupes : une plus grande autonomie pour l'hygiène dentaire au niveau de la réglementation, des horaires de travail et des fonctions plus souples, des exigences moins strictes en matière de surveillance et une plus grande reconnaissance de l'apport actuel et éventuel de l'hygiéniste dentaire à l'amélioration de la santé dentaire des Canadiens.

L'évolution de l'hygiène dentaire en tant que profession a également été influencée et, de fait, entravée par des stéréotypes sexuels qui, dans le passé, sont ressortis à propos de diverses professions dans le domaine de la santé.

La profession d'hygiéniste dentaire est presque exclusivement féminine, alors que la médecine dentaire, profession plus ancienne et qui exerce la plus grande influence sur l'hygiène dentaire, était presque uniquement masculine. Étant donné l'évolution des rôles dans la société canadienne, les caractéristiques de l'hygiène dentaire qui en font une profession féminine s'atténuent alors que les hygiénistes dentaires aspirent à contribuer plus pleinement aux services de soins de santé canadiens. Cela concorde avec l'évolution d'autres nouvelles professions de la santé comme la physiothérapie et l'ergothérapie.

L'hygiène dentaire s'est modifiée profondément depuis ses débuts en 1907 et particulièrement depuis la fin de la Seconde Guerre mondiale. Elle occupe une place importante dans la prestation de soins de santé dentaire. Si, au Canada, les soins de santé dentaire sont considérés comme essentiels, l'hygiène dentaire devrait avoir un rôle plus vaste à remplir dans l'avenir.

2. RECOMMANDATIONS

Le Groupe de travail sur l'exercice de l'hygiène dentaire recommande ce qui suit :

HISTORIQUE

1. L'Association canadienne des hygiénistes dentaires, les organismes de réglementation professionnelle et les écoles d'hygiène dentaire devraient tenir à jour les dossiers courants à des fins historique et de planification.

2. L'Association canadienne des hygiénistes dentaires devrait nommer un historien chargé de préparer une revue historique de l'hygiène dentaire au Canada et de publier celle-ci dans la revue de l'Association.

RESSOURCES HUMAINES

3. L'Association canadienne des hygiénistes dentaires et les associations provinciales d'hygiénistes dentaires devraient participer activement à toutes les activités concernant les ressources humaines en hygiène dentaire.

4. Les organismes de planification des ressources humaines en santé devraient examiner les hypothèses sur lesquelles sont fondés les rapports et les recommandations sur les ressources humaines en santé dentaire, avant leur utilisation.

5. Il y aurait lieu d'établir un modèle de prévision des besoins de ressources humaines en hygiène dentaire qui tienne compte de l'évolution des taux des maladies dentaires, des changements démographiques, de l'évolution possible des réseaux de prestation de soins ainsi que des modifications éventuelles apportées aux fonctions et aux milieux d'exercice du personnel sanitaire dentaire.

6. Les programmes d'enseignement de l'hygiène dentaire et les organismes de planification des ressources humaines devraient collaborer afin de faire concorder le nombre d'hygiénistes dentaires diplômées avec les besoins de ressources humaines actuels et projetés.

7. Le formulaire d'enquête, mis au point à l'Université du Manitoba pour évaluer les débouchés, dans l'ouest du Canada, pour les hygiénistes dentaires titulaires d'un baccalauréat, devrait être utilisé dans les autres provinces, afin de pouvoir évaluer à l'échelle nationale les besoins de cette catégorie de main-d'oeuvre.

Voir aussi la recommandation numéro 43.

FORMATION

8. Si, comme ce fut le cas dans les provinces de l'ouest, des études menées auprès des employeurs éventuels des autres provinces faisaient ressortir un besoin de bacheliers en hygiène dentaire, des programmes de baccalauréat devraient être créés ou élargis dans ces régions.

9. Un programme d'études menant à un baccalauréat devrait être établi dans une université de l'ouest du Canada qui décerne déjà un diplôme en hygiène dentaire.

10. Les programmes actuels de formation en hygiène dentaire dans les universités canadiennes devraient être maintenus et révisés afin de correspondre aux rôles actuels et futurs des hygiénistes dentaires.

11. On devrait mettre sur pied, au Canada, au moins un programme menant à une maîtrise en hygiène dentaire afin de préparer des hygiénistes dentaires à jouer un plus grand rôle dans les domaines de l'éducation, de la santé communautaire, de l'administration et de la recherche.

12. Les critères d'admission au programme menant au diplôme en hygiène dentaire publique (DDPH) devraient être révisés afin de pouvoir admettre des hygiénistes dentaires.

13. Les hygiénistes dentaires devraient être encouragées à poursuivre des études universitaires supérieures dans différentes disciplines afin de se préparer à faire carrière dans des domaines tels que la recherche, l'éducation, et la santé communautaire.

14. Les programmes conjoints de formation d'assistantes dentaires et d'hygiénistes

dentaires devraient être scindés pour ramener à une durée de deux ans le programme de formation en hygiène dentaire en tant que programme de base pour l'exercice de l'hygiène dentaire.

15. Il ne faudrait pas supprimer les programmes actuels d'enseignement de l'hygiène dentaire si une réduction du nombre de diplômées devait s'imposer. Il faudrait envisager d'autres solutions, telles que l'instauration de promotions bisannuelles ou la réduction de la taille des classes, ce qui permettrait plus facilement d'accroître ultérieurement le nombre de diplômées si des circonstances le justifiaient plus tard.

16. Il ne faudrait pas réduire les admissions en hygiène dentaire tant qu'il n'y aura pas d'excédent manifeste important.

17. Il faudrait préparer les étudiants en art dentaire à comprendre davantage le rôle, la formation et les secteurs de compétence de l'hygiéniste dentaire ainsi que les aspects pratiques de l'embauchage des hygiénistes dentaires.

18. Il faudrait maintenir les programmes actuels d'enseignement de l'hygiène dentaire offerts dans les facultés d'art dentaire du Canada et encourager celles qui n'offrent pas encore ces programmes à le faire. On recommande en outre l'intégration des programmes de médecine dentaire et d'hygiène dentaire dans les facultés d'art dentaire de manière à promouvoir un esprit de collaboration en matière de prestation de soins de santé dentaire.

19. Il faudrait faire des efforts en matière de recrutement et d'information de manière à encourager des hommes à choisir l'hygiène dentaire comme carrière.

20. Il faudrait enseigner l'exercice de l'hygiène dentaire en tant que processus en ayant recours au modèle proposé dans le rapport ou à un modèle similaire.

21. Les programmes d'enseignement de l'hygiène dentaire devraient encourager les hygiénistes dentaires à exercer leur profession dans tous les milieux d'exercice.

22. Les programmes d'enseignement de l'hygiène dentaire devraient observer les critères fondés sur les normes d'exercice.

23. Tous les programmes d'enseignement de l'hygiène dentaire au Canada devraient continuer à rechercher l'agrément de l'Association dentaire canadienne par l'entremise de son Conseil de l'éducation et de l'agrément.

24. Il faudrait qu'il y ait davantage d'hygiénistes dentaires au sein de l'organisme qui accrédite les programmes d'enseignement de l'hygiène dentaire.

25. Les programmes d'enseignement de l'hygiène dentaire devraient assurer une formation théorique et clinique suffisante pour préparer les étudiantes et les diplômées en hygiène dentaire à répondre aux besoins de services de santé dentaire des personnes âgées et des autres groupes de population encore mal desservis.

26. Des programmes d'éducation permanente devraient être mis sur pied, partout au Canada, afin de permettre aux hygiénistes dentaires de mettre à jour leurs connaissances et leurs habiletés par rapport aux besoins de services de santé dentaire des personnes âgées et d'autres groupes mal desservis.

27. Il faudrait offrir, dans toutes les régions du pays, des cours aux hygiénistes dentaires qui souhaitent réintégrer le marché du travail.

28. Il faudrait établir des programmes d'éducation permanente et inciter les hygiénistes dentaires à s'y inscrire; ces programmes comporteraient diverses expériences d'apprentissage conçues pour répondre aux besoins précis de toutes les hygiénistes dentaires et seraient axés davantage sur la santé dentaire communautaire.

RÉGLEMENTATION

29. La réglementation de l'hygiène dentaire devrait être confiée à des organismes composés majoritairement d'hygiénistes dentaires.

30. En tant que mesure immédiate et provisoire dans les provinces où l'auto-réglementation ne peut être appliquée tout de suite, les hygiénistes dentaires devraient être représentées en nombre important au sein des organismes de réglementation professionnelle et avoir le droit de vote.

31. En reconnaissance du fait que plusieurs des fonctions exercées par les hygiénistes dentaires ne requièrent pas la supervision d'un dentiste, les organismes de réglementation professionnelle devraient examiner périodiquement la législation et la réglementation encadrant l'exercice clinique des hygiénistes dentaires afin d'établir les fonctions qui peuvent être exercées sans la surveillance d'un dentiste.

32. Lorsque des interventions cliniques doivent être exécutées par des hygiénistes dentaires sous la surveillance d'un dentiste, les règlements devraient préciser que le niveau de surveillance requis est d'ordre général (c'est-à-dire que le dentiste est informé du travail à exécuter mais sa présence sur place n'est pas nécessaire).

33. Le dentiste surveillant et l'hygiéniste dentaire en cause devraient déterminer les cas particuliers qui requièrent une surveillance plus étroite.

34. Des établissements, tels que les centres de soins de longue durée et les centres de santé communautaire, devraient pouvoir engager des hygiénistes dentaires pourvu que les services de dentistes consultants ou traitants soient accessibles.

35. Les articles de lois et les règlements qui définissent le champ d'application de l'exercice de l'hygiène dentaire devraient le faire en fonction des responsabilités et des fonctions non comprises dans cet exercice plutôt que d'établir une liste des fonctions qui y sont incluses.

36. Les diplômées des programmes d'enseignement de l'hygiène dentaire qui satisfont aux normes nationales d'agrément devraient pouvoir obtenir un permis d'exercice provisoire ou complet valide dans toutes les provinces ou tous les territoires, un permis d'exercice complet si toutes les fonctions principales autorisées dans cette province ont été enseignées dans le programme d'études de la candidate, un permis d'exercice provisoire si les principales fonctions autorisées dans cette province n'ont pas été enseignées dans son programme d'études.

37. Les organismes de réglementation professionnelle devraient s'assurer de la disponibilité de cours portant sur les principales fonctions que les hygiénistes dentaires qui détiennent un permis d'exercice provisoire dans une province ont besoin d'apprendre pour obtenir un permis d'exercice complet.

38. Un examen national en hygiène dentaire portant sur les aspects cliniques et théoriques d'un groupe important de fonctions déterminées devrait être créé à l'intention des diplômées des programmes d'hygiène dentaire canadiens non accrédités ou des programmes d'hygiène dentaire étrangers qui ne bénéficient pas d'ententes réciproques avec le Canada relativement à l'agrément.

39. On devrait étudier les modèles d'examens d'hygiène dentaire qui existent à l'échelle nationale et régionale, en vue de les appliquer au Canada.

40. Les normes d'exercice clinique de l'hygiène dentaire mises au point et sanctionnées à l'échelle nationale, devraient servir de base pour l'examen national en vue de l'obtention du permis d'exercice.

41. On devrait convoquer une réunion à laquelle assisteraient les représentants des organismes provinciaux de réglementation

professionnelle, de l'Association canadienne des hygiénistes dentaires, de l'Association dentaire canadienne et des associations provinciales d'hygiène dentaire afin d'examiner et de recommander des moyens qui faciliteraient la transférabilité des permis d'exercice de l'hygiène dentaire.

EXERCICE DE L'HYGIÈNE DENTAIRE

42. On devrait définir un groupe important de fonctions de l'hygiène dentaire reconnu à l'échelle nationale et établir un mécanisme permettant de tenir cette description à jour.

43. On devrait alimenter une banque de données sur l'exercice de l'hygiène dentaire et sur les effectifs disponibles en ayant recours à des études périodiques faites à intervalles de quatre ans environ et enrichir cette banque chaque décennie par une étude plus exhaustive, ces études étant menées par Statistique Canada, par l'Association canadienne des hygiénistes dentaires ou par un autre organisme national.

44. Les données sur l'emploi en hygiène dentaire, notamment la rémunération et les avantages sociaux, devraient être mises à jour périodiquement par l'Association canadienne des hygiénistes dentaires et les associations provinciales d'hygiène dentaire.

45. Les organismes provinciaux de réglementation professionnelle devraient, chaque année, recueillir les données démographiques concernant les hygiénistes dentaires, les présenter sous forme de tableaux et les mettre à la disposition des intéressées.

46. Les dentistes et les hygiénistes dentaires devraient être encouragés à travailler en collaboration afin d'intégrer leurs services respectifs dans une approche globale visant la prestation de soins de qualité au client.

47. Il faudrait créer des modèles de démonstration relatifs aux nouveaux milieux d'exercice et aux variations des milieux existants, et les évaluer soigneusement du point de vue de la qualité et de la disponibilité des soins dentaires.

48. L'Association canadienne de santé publique devrait établir de nouveau une section d'hygiène dentaire communautaire.

49. L'Association canadienne de santé publique (ACHP) ou un autre organisme national devrait mettre à jour les recommandations de 1970 de l'ACHP concernant les exigences de formation professionnelle des hygiénistes dentaires qui oeuvrent en santé communautaire ainsi que les postes qui leur sont offerts.

50. L'Association canadienne des hygiénistes dentaires et les associations provinciales d'hygiène dentaire devraient créer en leur sein des sections de santé dentaire communautaire.

51. Les sous-ministres fédéral et provinciaux de la santé devraient appuyer les réunions annuelles fédérales-provinciales des représentants des hygiénistes dentaires oeuvrant en santé communautaire dans les administrations fédérale et provinciales.

52. Les politiques et les programmes de santé dentaire communautaire devraient être revus et évalués en fonction des changements démographiques et épidémiologiques.

53. Les dentistes praticiens et les hygiénistes dentaires devraient mettre au point un système pertinent dans chaque milieu d'exercice afin de contrôler, évaluer et modifier les services d'hygiène dentaire.

54. Lorsqu'il sera publié, il faudrait distribuer le rapport sur les normes d'exercice clinique de l'hygiène dentaire aux hygiénistes dentaires praticiennes, aux employeurs (individus ou établissements), aux associations dentaires et d'hygiène dentaire, aux responsables des programmes d'enseignement de l'hygiène dentaire, aux organismes de réglementation professionnelle ainsi qu'aux administrations provinciales, régionales et municipales intéressées.

55. Il faudrait encourager les chercheurs en hygiène dentaire à étudier les sujets de

recherche cernés durant la Conférence sur la recherche en hygiène dentaire tenue en 1982.

56. Il faudrait encourager les chercheurs à définir et à étudier les questions qui portent sur les répercussions de différentes caractéristiques de l'exercice de l'hygiène dentaire sur la qualité et l'efficacité théorique et réelle des soins de santé dentaire ainsi que la satisfaction des consommateurs et des dispensateurs de soins.

57. Il faudrait mettre l'accent sur la formation des hygiénistes dentaires dans le domaine de la recherche afin de promouvoir le développement de la recherche en hygiène dentaire.

58. L'Association canadienne des hygiénistes dentaires, les associations provinciales d'hygiénistes dentaires, les écoles d'hygiène dentaire et les facultés d'art dentaire devraient publier une liste des bourses d'études, des bourses de soutien, des bourses de recherche ainsi que des autres formes d'aide financière offertes aux hygiénistes dentaires intéressées à recevoir une formation en recherche.

59. Il faudrait tenir périodiquement, au Canada, des conférences sur la recherche en hygiène dentaire, au moins tous les cinq ans.

FACTEURS IMPORTANTS

60. Les associations dentaires et d'hygiène dentaire devraient mettre au point des programmes d'éducation permanente portant sur le rôle, la formation, les secteurs de compétence et les aspects pratiques de l'embauche des hygiénistes dentaires.

61. Les associations dentaires et d'hygiène dentaire, nationales et provinciales, devraient créer des comités mixtes afin d'identifier les questions d'emploi qui les intéressent mutuellement et de formuler les recommandations pertinentes.

62. Les associations dentaires et d'hygiène dentaire, nationales et provinciales, devraient être représentées de façon réciproque au sein des comités de ces organismes qui débattent des questions d'intérêt mutuel.

63. Il faudrait mettre sur pied un comité consultatif de la santé dentaire constitué, à parts égales, de représentants de l'Association dentaire canadienne, de l'Association canadienne des hygiénistes dentaires, de l'Association canadienne des assistantes dentaires, de thérapeutes dentaires et de profanes afin de discuter de questions de santé dentaire d'intérêt mutuel, de formuler des recommandations pertinentes et de faire rapport aux membres de ces associations et aux autres parties intéressées.

64. L'Association canadienne des hygiénistes dentaires et les associations provinciales/locales d'hygiène dentaire devraient chercher à collaborer activement avec d'autres associations de professionnels de la santé dans des projets axés sur la prévention des maladies et la promotion de la santé.

65. On devrait développer davantage le rôle de l'hygiéniste dentaire en matière de recherche et d'évaluation des services de santé dentaire.

I
INTRODUCTION

Les hygiénistes dentaires sont des professionnelles de la santé qui, par des travaux en clinique et dans les milieux de formation, de consultation, de planification et d'évaluation, cherchent à prévenir la maladie bucco-dentaire, à appliquer des traitements pour enrayer l'évolution des maladies existantes et à aider les gens à conserver la meilleure santé dentaire possible. Les hygiénistes dentaires sont les seules professionnelles de la santé qui s'intéressent avant tout à la prévention de la maladie bucco-dentaire.

L'exercice de l'hygiène dentaire est un phénomène mondial maintenant reconnu dans plus de 50 pays sur tous les continents (FDI, 1981). L'exercice de l'hygiène dentaire a débuté aux États-Unis en 1907, mais ne s'est répandu ailleurs dans le monde qu'après la Deuxième Guerre mondiale avec les soins dentaires (Motley, 1972).

Depuis quelques années, on pense que le titre d'auxiliaire dentaire ne convient pas aux hygiénistes dentaires. Le mot auxiliaire signifiant qu'une personne aide par son concours est peu approprié pour désigner des personnes bien formées et détenant un certificat de compétence qui dispensent des soins directement au patient. En santé, on a remplacé le terme auxiliaire par le mot professionnel (Woodall et Bentley, 1983).

Même les expressions personnel "connexe" et "professionnel de niveau intermédiaire" ne sont plus couramment utilisées. Il en va de même, dans le domaine de la santé dentaire où l'on désigne de plus en plus les gens par leur titre (par ex., dentiste, hygiéniste dentaire, assistant(e) dentaire) ou, globablement par le titre de professionnel de la santé dentaire. Cet usage est décrit par Striffler, Young et Burt (1983) dans un texte intitulé "Dentistry, Dental Practice and the Community". Cette terminologie dénote une relation beaucoup plus collégiale et coopérative qui prévaut davantage de nos jours que la relation dentiste:auxiliaire dentaire, comme on le voit dans les modèles suivants (Amer, 1987). Ce nouveau modèle peut être élargi pour englober du personnel oeuvrant dans le domaine des techniques dentaires, par exemple des techniciens dentaires et des mécaniciens-dentistes ou prothésistes dentaires. Le nouveau modèle reflète également les idées modernes dans le domaine de la gestion.

Au Canada, la profession a évolué depuis ses débuts en Saskatchewan, en 1949, et à l'Île-du-Prince-Édouard, en 1950, et le mouvement a atteint toutes les provinces et les territoires. La profession compte maintenent plus de 6 000 membres. Au début, on considérait les hygiénistes dentaires comme des auxiliaires dentaires auxquelles on pouvait donner une certaine formation pour les rendre capables de dispenser, sous la surveillance d'un dentiste, un certain nombre de services se rapportant à la prévention des maladies bucco-dentaires. Dans la plupart des provinces, la réglementation était stricte et exigeait que les hygiénistes dentaires exerçant dans les cabinets dentaires privés soient étroitement surveillées. Les deux dernières décennies ont été marquées par des progrès considérables de la formation en hygiène dentaire, l'élaboration de normes d'agrément des programmes de formation, des procédures d'enregistrement et d'octroi de permis d'exercer et une forte participation des hygiénistes dentaires à des cours d'éducation permanente.

Le professionnalisme et la responsabilité professionnelle ont augmenté chez les hygiénistes dentaires. Mais la réglementation de l'exercice de la profession n'a guère évolué (Johnson, 1982).
Parce qu'elle est orientée vers la prévention de la maladie, qu'elle est reconnue sur le plan national et que ses membres sont de plus en plus nombreux, la profession a acquis un rôle significatif dans la dispensation de soins dentaires à la nation. Son influence pourrait bien encore augmenter dans l'avenir.

L'exercice de tous les genres de soins de santé dentaire dispensés au Canada reflète des changements récents à divers niveaux, par exemple en ce qui touche les besoins et la

Figure 1.1
Ancien modèle de relation de dentistes à auxiliaires dentaires

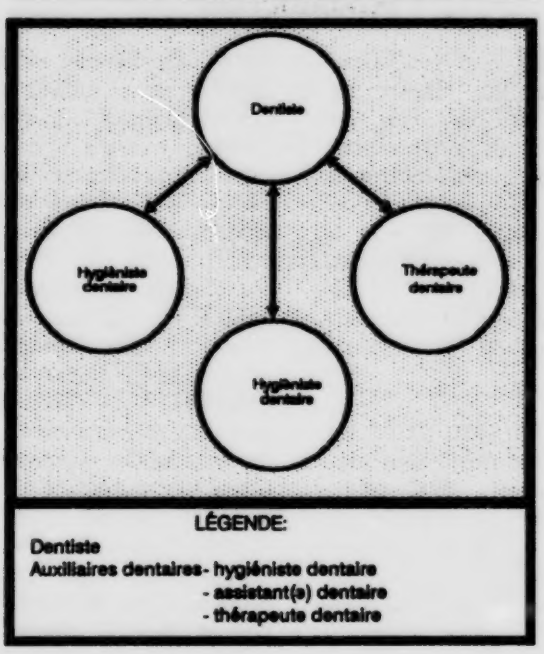
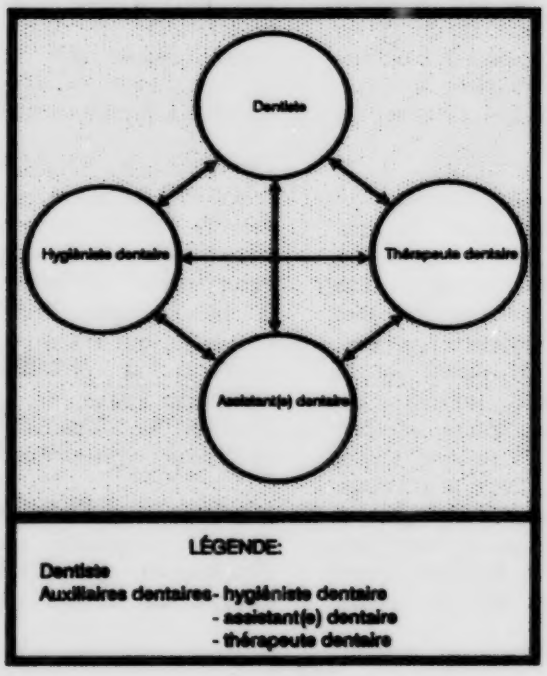


Figure 1.2
Nouveau modèle de personnel en santé dentaire, de professionnels en santé dentaire ou d'équipe de santé dentaire



demande en matière de santé dentaire au Canada, la nature des services dentaires, leur financement et leur dispensation et la formation et la réglementation des professionnels de la santé dentaire ainsi que leurs types et leurs nombres relatifs. Les répercussions de ces changements sur la profession ont été importantes et pourraient l'être encore davantage à l'avenir. Les changements à venir seront influencés par des facteurs comme les politiques gouvernementales en matière de soins de dentisterie préventive, la révision des textes de loi régissant l'hygiène dentaire, l'intérêt du public envers la prévention comme moyen privilégié de conserver la santé dentaire, l'évolution de la situation démographique, épidémiologique et économique et de nouvelles avenues ouvertes par la recherche pour la prévention des maladies bucco-dentaires. Le temps est donc venu d'examiner l'exercice de l'hygiène dentaire au Canada, de faire des recommandations et de donner des lignes directrices qui seront valables et utiles pour l'exercice de l'hygiène dentaire et pourront s'appliquer dans divers milieux qu'ils soient traditionnels, nouveaux ou d'avant-garde.

Le présent rapport a pour objet de :

1. constituer une source d'information descriptive de base sur l'hygiène dentaire au Canada,

2. répertorier des études importantes et les ouvrages de référence dans ce domaine,

3. décrire les principales questions de l'heure et proposer des principes directeurs pour leur étude,

4. cerner des domaines où la recherche et l'étude pourront être poussées plus avant et

5. présenter des recommandations.

Nous espérons que le rapport sera utile à plusieurs groupes d'intérêt, notamment les hygiénistes dentaires et leurs employeurs, les associations professionnelles, les organismes provinciaux de réglementation, les ministères provinciaux de la santé et de l'éducation, les associations de consommateurs, les facultés d'art dentaire, les étudiants et les administrateurs d'établissements où l'on forme le personnel de santé dentaire, les planificateurs et les technocrates des services de santé communautaire aux niveaux fédéral et provincial et les organismes internationaux.

BIBLIOGRAPHIE

Amer, S.B.

1987 Old Model of Dentist and Dental Auxiliaries; New Model of Dental Health Personnel, Dental Health Professionals or Dental Health Team.

Fédération dentaire internationale

1981 Basic Fact Sheets.

Johnson, P.M.

1982 Dental hygiene practice settings - moving into the 1980's, document de travail préparé pour le Groupe de travail sur l'exercice de l'hygiène dentaire et présenté dans le cadre du programme de BScD (DH) à l'Université de Toronto.

Striffler, D.F., Young, W.O. et Burt, B.

1983 Dentistry, Dental Practice and the Community, 3rd ed. Philadelphia : Saunders.

Motley, W.

1972 Ethics, Jurisprudence and History for the Dental Hygienist, Philadelphia, Lea & Febiger.

Woodall, I.R. and Bentley, J.M.

1983 Legal, Ethics and Management Aspects of the Dental Care System, St. Louis, C.V. Mosby Company.

II
HISTORIQUE

1. Origine et évolution de l'hygiène dentaire

L'hygiène dentaire, en tant que profession de la santé, a vu le jour aux États-Unis, en 1907, et s'est répandue par la suite dans bon nombre d'autres pays. La nécessité de porter une attention particulière à la prévention en santé dentaire a été reconnue en 1844, aux États-Unis, lorsque parut un éditorial sur l'hygiène buccale dans le premier périodique sur le sujet, The American Journal of Dental Science (Motley, 1972). L'intérêt pour l'hygiène buccale a continué à évoluer et de nombreux dentistes préconisaient qu'on mette l'accent sur la prévention de la maladie bucco-dentaire. Le premier à orienter l'exercice de sa profession vers la prévention, en 1894, fut un dentiste du nom de D.D. Smith, à Philadelphie. Celui-ci fit de nombreuses conférences sur la prophylaxie buccale et l'éducation des patients (Motley, 1986, 1972).

En 1902, le Dr C.M. Wright, de Cincinnati (Ohio), fut le premier à proposer d'enseigner à des femmes comment faire le nettoyage des dents. Il écrivit un article intitulé : "A Plea for Subspecialty in Dentistry" (Motley, 1986, 1972). Un peu plus tard, entre 1910 et 1913, le Dr Wright, qui enseignait au Ohio State Dental School, donna un cours sur le nettoyage des dents à des jeunes femmes. Ces personnes furent appelées "infirmières dentaires" et bien qu'elles aient appris à effectuer une prophylaxie dentaire, l'État ne leur permit pas d'appliquer leurs connaissances. Deux des six jeunes femmes poursuivirent leurs études et devinrent dentistes (Watterson, 1983).

En 1907, des amendements à la loi sur l'exercice de l'art dentaire au Connecticut fournirent la première reconnaissance juridique de l'hygiène dentaire en tant que profession de la santé. A cette époque, le Dr Alfred Fones, qu'on appela par la suite "le père de l'hygiène dentaire", enseigna à ses assistantes les techniques de prophylaxie dentaire. Le Dr Fones n'aimait pas le terme "infirmières dentaires" parce qu'il est associé à l'idée de maladie. D'après lui, une hygiéniste, c'est "...une personne versée dans les sciences de la santé et de la prévention de la maladie". Le terme hygiéniste dentaire fut finalement consacré (Motley, 1986, 1972).

Le Dr Fones se rendait compte des avantages que présentaient les cliniques de santé des écoles publiques où l'on trouvait des dentistes et des femmes qui donnaient des traitements prophylactiques et des conseils sur l'hygiène dentaire aux enfants. Il fut également le premier à établir un programme officiel de formation pour les hygiénistes dentaires, en 1913. Le fait que le besoin d'une formation officielle ait été reconnu et qu'on y ait vu, six ans seulement après que la première hygiéniste dentaire ait été formée, témoigne de la prévoyance et du dévouement à cette cause du Dr Fones et de ses collègues (Motley, 1986, 1972).

La profession d'hygiéniste dentaire se répandit graduellement mais sûrement à travers les États-Unis, au cours de la période qui s'étend de ses débuts jusqu'à la fin de la Deuxième Guerre mondiale, en 1945. À cette époque, les hygiénistes dentaires étaient autorisées à exercer leur profession dans 48 États et il existait 17 écoles d'hygiène dentaire (Fales, 1975).

L'explosion de la demande dans le domaine de l'éducation post-secondaire, qui se produisit dans la plupart des domaines professionnels, après la guerre, fut ressentie en hygiène dentaire. En 1983, il y avait près de 200 écoles d'hygiène dentaire aux États-Unis et dans tous les États (de même que dans le District de Columbia et à Porto Rico) on accordait des permis d'exercice aux hygiénistes dentaires (Fales, 1975).

L'évolution du professionnalisme en hygiène dentaire a été exceptionnelle. Le processus de "professionnalisation" est un processus dynamique qui fait que certaines caractéristiques d'extrême importance changent dans la direction

d'une profession. Pour que ces caractéristiques changent, il faut : 1) "que des critères symbolisant la profession aient été décelés dans la littérature, 2) qu'il existe un cours au niveau universitaire et 3) qu'on décerne des diplômes" (Wayman, 1982). Aux États-Unis, l'hygiène dentaire s'est engagée activement dans le processus de professionnalisation et on a établi six programmes universitaires menant à l'obtention d'une maîtrise (Wayman, 1982). De plus, bon nombre d'écoles américaines offrent des cours de formation en hygiène dentaire au niveau du baccalauréat en plus du diplôme qui s'obtient après deux années d'études.

On prit conscience de la nécessité d'organiser la profession en 1923, lorsque fut créée l'Association américaine des hygiénistes dentaires (American Dental Hygienists' Association - ADHA) (Watterson, 1983). L'ADHA est devenue le porte-parole de la profession aux États-Unis et a joué un rôle de direction considérable auprès des hygiénistes dentaires au niveau mondial. L'ADHA a exercé une influence importante notamment dans les domaines de la normalisation des programmes d'études, de la reconnaissance juridique de la profession et de l'agrément de ses membres (Fales, 1975).

2. Les débuts au Canada

Au Canada, les autorités provinciales et territoriales ont commencé à accorder à l'hygiène dentaire une reconnaissance juridique en tant que profession de la santé en 1947, en Ontario. Le processus s'est terminé en 1968 à Terre-Neuve (voir le tableau 2.1). L'année 1949 fut une année marquante dans l'histoire de l'hygiène dentaire au Canada car, autant qu'on le sache, les débuts de la profession remontent à cette date.

En 1949, grâce à une initiative de M^lle^ Mona Wilson, directrice des services d'infirmières hygiénistes au ministère de la Santé de l'Ile-du-Prince-Édouard, trois jeunes femmes (Dorothy Peters, Annabel Allen et Thelma Read) obtinrent des bourses du programme de subventions nationales à la santé, pour étudier l'hygiène dentaire au Forsyth School for Dental Hygienists, à Boston (Wilson, sans date). Bon nombre des premières hygiénistes dentaires qui ont exercé leur profession au Canada ont reçu des bourses dans le cadre des subventions nationales à la santé. Ces subventions étaient administrées par les provinces et étaient fréquemment utilisées pour la formation de professionnels de la santé qui acceptaient, en retour, de travailler pendant un certain temps dans les services de santé publique de la province.

Également en 1949, Mary Brett, diplômée de l'École d'hygiène dentaire de l'Université du Minnesota, obtint un permis d'exercer en Saskatchewan, devenant de la sorte la première hygiéniste dentaire autorisée au Canada (Jones, 1979). En 1950, Andrée Hébert (qui devint plus tard M^me^ Brunelle) obtint un baccalauréat es sciences de l'Université Columbia, à New York, au terme d'études en hygiène dentaire et fut embauchée par le ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, à Ottawa (Brunelle, 1983). Depuis lors, le Ministère n'a presque jamais cessé d'embaucher des hygiénistes dentaires. L'année suivante, M^lle^ Hébert entra à la faculté d'art dentaire de l'Université de Toronto et devint la directrice fondatrice du premier programme de formation en hygiène dentaire au Canada (Johnson, 1982).

Depuis 1951, le nombre des programmes de formation en hygiène dentaire au niveau du diplôme a augmenté au Canada pour atteindre le chiffre de 27 en 1987. Il existe en outre deux programmes au niveau du baccalauréat à l'Université de Montréal et à l'Université de Toronto. La directrice et fondatrice du premier programme de formation dans une province est mentionnée dans ce chapitre.

Ontario

Les premières tentatives en vue d'obtenir la reconnaissance juridique de la profession en Ontario ont soulevé beaucoup d'opposition de la part de certains secteurs de la profession dentaire (Collège royal des chirurgiens dentistes de l'Ontario, 1976), mais en 1947, la loi dite Dentistry Act fut modifiée par l'addition d'une partie sur l'exercice de l'hygiène dentaire et l'Ontario devint la première province à accorder la reconnaissance juridique à la profession.

Tableau 2.1

Reconnaissance juridique de l'hygiène dentaire en tant que profession de la santé au Canada, par province ou territoire et par année

Province/Territoire	Année
Ontario	1947
Saskatchewan	1948
Île-du-Prince-Édouard	1950
Colombie-Britannique	1951
Manitoba	1952
Nouveau-Brunswick	1953
Nouvelle-Écosse	1955
Yukon	1958
Alberta	1959
Québec	1962
Territoires du Nord-Ouest	1967
Terre-Neuve	1968

Toutefois, aucune hygiéniste dentaire ne fut autorisée à exercer sa profession dans cette province jusqu'en juillet 1951. À la même époque, l'Université de Toronto envisageait la création d'un cours en hygiène dentaire mais manquait de locaux à cause du grand nombre d'anciens combattants qui étaient inscrits à la faculté d'art dentaire. Les directeurs du Collège royal des chirurgiens dentistes continuèrent à faire pression pour qu'on établisse un programme de formation en hygiène dentaire et finalement, en 1951, le Sénat de l'Université de Toronto adopta les recommandations de la faculté d'art dentaire à l'effet qu'on crée un cours d'une durée de deux ans menant à l'obtention d'un diplôme. Le programme, subventionné par la fondation W.K. Kellogg, fut instauré en septembre 1951, pour une classe de six étudiantes (le Collège royal des chirurgiens dentistes de l'Ontario, 1987, 1976). La première directrice fut Andrée Hébert (qui devint plus tard M^{me} Brunelle).

La formation d'hygiénistes dentaires au sein des Forces armées canadiennes a commencé en 1956, à Ottawa, puis ce programme fut déplacé pour être donné à l'école des services dentaires des Forces armées à la base de Borden (Ontario) en 1957 (Mountain, 1982).

Onze programmes d'hygiène dentaire ont été établis au milieu des années 1970 dans les Colleges of Applied Arts and Technolgy, en Ontario. En septembre 1982, au Collège Algonquin d'Ottawa a commencé le premier programme de formation en hygiène dentaire à être dispensé en français en Ontario. Un programme dont la moitié sera donnée en français va débuter au Cambrian College de Sudbury, en septembre 1988.

Saskatchewan

En Saskatchewan, la reconnaissance juridique de la profession d'hygiéniste dentaire a été obtenue en 1948. Comme nous l'avons mentionné précédemment, la première hygiéniste dentaire qui ait été autorisée à exercer sa profession au Canada fut Mary Brett, en 1949. Peu de temps après, la Division de la santé dentaire du ministère de la Santé de la Saskatchewan utilisa des subventions nationales à la santé pour envoyer des jeunes filles de la Saskatchewan suivre des cours d'hygiène dentaire aux États-Unis ou à l'Université de Toronto. À leur retour, ces jeunes diplômées étaient employées dans divers secteurs de la province au sein de programmes de prévention comportant de l'éducation en santé dentaire, des travaux de

prophylaxie buccale et des applications topiques de fluorure pour les enfants (Johnson, 1982). Il est intéressant de noter que l'essor initial de la profession d'hygiéniste dentaire en Saskatchewan, comme dans bien d'autres provinces, n'est pas venu du secteur privé, mais bien des services de santé publique.

En 1979, le Wascana Institute entreprit un programme d'hygiène dentaire conçu tout particulièrement pour les thérapeutes (infirmières) dentaires diplômées, ce qui leur permit d'être autorisées à exercer la profession d'hygiéniste dentaire.* La première directrice de ce programme fut Nancy Fedder.

Île-du-Prince-Édouard

La profession d'hygiéniste dentaire fut reconnue juridiquement à l'Île-du-Prince-Édouard en 1950. Là comme ailleurs, des bourses puisées à même les subventions nationales à la santé furent accordées à trois jeunes femmes qui étudièrent au Forsyth School for Dental Hygienists, à Boston, en 1949. À cette époque, on donnait, à Forsyth, un cours d'une durée de un an. En 1950, les diplômées revinrent à l'Île-du-Prince-Édouard et furent embauchées par le service dentaire du ministère de la Santé, qui venait tout juste d'engager un directeur, le Dr Brian O'Meara. L'Île-du-Prince-Édouard fut la première province à engager des hygiénistes dentaires au sein du ministère de la Santé. Au total, onze hygiénistes dentaires bénéficiaires de bourses provenant des subventions nationales à la santé et ayant étudié à Forsyth, revinrent travailler pour le ministère de la Santé de l'Île-du-Prince-Édouard. Par la suite, les hygiénistes dentaires de l'Île-du-Prince-Édouard reçurent leur formation à l'Université de Toronto ou à l'Université Dalhousie (Wilson, sans date).

L'Île-du-Prince-Édouard continua à faire oeuvre de pionnier dans le domaine de l'hygiène dentaire en santé publique; elle fut la première province, en 1969, à accorder des permis d'exercer et à embaucher des hygiénistes dentaires en leur confiant des fonctions élargies en dentisterie restauratrice, après des cours d'été donnés à l'Université Dalhousie. Ce fut aussi la première province où l'on ait embauché des hygiénistes remplissant des fonctions élargies dans des cabinets dentaires privés, dans le cadre d'un projet de recherche, en 1969 (Romcke, 1972).

Colombie-Britannique

L'hygiène dentaire fut d'abord reconnue par le Collège des chirurgiens dentistes de la Colombie-Britannique en 1951, lorsqu'une loi fut proposée. En 1952, une hygiéniste dentaire de l'Université de l'Oregon fut soumise à des examens en vue d'obtenir l'autorisation d'exercer. Toutefois, elle ne demeura en Colombie-Britannique que pendant une courte période. Deux autres diplômées en hygiène dentaire de l'Université de l'Oregon se soumirent à l'examen d'autorisation en 1953; Jo Gardner et Helen Balanko furent les premières hygiénistes dentaires à être embauchées dans le secteur privé dans cette province. Avant 1970, la majorité des hygiénistes dentaires de Colombie-Britannique avaient obtenu leur diplôme dans l'ouest des États-Unis. En 1968, l'Université de Colombie-Britannique institua un programme d'hygiène dentaire au sein de la faculté d'art dentaire et décerna les premiers diplômes d'hygiéniste dentaire en 1970 (Kline, 1981). La première directrice s'appelait Margaret Robinson. En 1978, par suite de l'addition de l'anesthésie locale aux règles du Collège des chirurgiens dentistes de Colombie-Britannique concernant les attributions des hygiénistes dentaires, le programme d'hygiène dentaire de l'Université de Colombie-Britannique (UBC) fut le premier au Canada à comporter l'administration de l'anesthésie locale en tant que compétence pour l'exercice de l'hygiène

---

* Les thérapeutes dentaires reçoivent une formation en vue de faire des restaurations et des extractions et d'offrir des services de dentisterie préventive à une clientèle choisie qui leur est adressée par un dentiste.

dentaire. En 1986, le programme d'hygiène dentaire de l'Université de Colombie-Britannique disparut et un nouveau programme fut institué au Vancouver Community College. Le College of New Caledonia, à Prince George, a commencé un programme d'hygiène dentaire en 1987.

Manitoba

Au Canada, certaines hygiénistes dentaires furent embauchées à titre d'assistantes dentaires, comme Kay Peschel, la première hygiéniste dentaire qui ait exercé au Manitoba et qui occupa un poste d'assistante dentaire jusqu'en 1956 alors qu'elle commença à travailler pour le ministère provincial de la Santé. Les dossiers du Manitoba Dental Association sur l'inscription des hygiénistes dentaires au registre et sur l'octroi de permis d'exercer commencent avec la Règle IV modifiant la loi intitulée Dental Assocation Act en 1952. Cette loi fut modifiée en 1960 pour étendre les fonctions des hygiénistes dentaires au domaine de la prosthétique dans un effort pour parer à la reconnaissance juridique des denturologistes (Manitoba, 1981).

L'École d'hygiène dentaire de la faculté d'art dentaire de l'Université du Manitoba fut établie en 1963. Margery Forgay en fut la directrice. Dixie Scoles fut le premier professeur adjoint à plein temps et la directrice clinique du programme. Ce fut le troisième programme universitaire au Canada subventionné par la fondation Kellogg.

Nouveau-Brunswick

Les gestionnaires du programme public d'hygiène dentaire furent également responsables de l'obtention de la reconnaissance juridique de l'hygiène dentaire au Nouveau-Brunswick, en 1953, lorsque Margaret Berry (plus tard M^{me} MacLean), une diplômée (B.S.) des cours d'hygiène dentaire de l'Université Columbia, à New York, devint la première hygyéniste dentaire de cette province. Elle devait plus tard fonder et diriger l'École d'hygiène dentaire de l'Université de l'Alberta.

Nouvelle-Écosse

En Nouvelle-Écosse, les hygiénistes dentaires ont acquis une reconnaissance juridique en 1955 par un amendement à la loi intitulée Dental Act de la Nouvelle-Écosse. Cette loi fut préparée par le D^{r} Gordon Dawson, le directeur de la Division de santé dentaire dans laquelle travaillaient les hygiénistes dentaires dans trois différents comtés. L'école d'hygiène dentaire de l'Université Dalhousie fut fondée en 1961 et Janet Burnham fut sa première directrice. Le programme de Dalhousie était le second programme universitaire au Canada subventionné par la fondation Kellogg. La loi régissant l'hygiène dentaire fut révisée en 1967 et la Nouvelle-Écosse fut la première province à énumérer uniquement les fonctions interdites aux hygiénistes dentaires plutôt que les fonctions permises.

Territoire du Yukon

Dans le territoire du Yukon, les hygiénistes dentaires sont autorisées à exercer en vertu d'une ordonnance amendant la Dental Profession Ordinance constituée en 1954 (Hancock, 1983).

Alberta

En Alberta, il existait, au début, une dissention au sujet de l'opportunité de reconnaître la profession. Dans les années 1920, certains dentistes de cette province faisaient campagne en faveur de "prophylacticiennes dentaires" ou de personnes possédant des aptitudes semblables à celles des diplômées du D^{r} Fones. À cette époque, le Conseil d'administration de l'Association dentaire de l'Alberta était fortement opposé à l'affaire (MacLean, 1981). Au début des années 1950, la faculté d'art dentaire de l'Université de l'Alberta entreprit d'établir une école d'hygiène dentaire grâce à une aide financière accordée par la fondation W.K. Kellogg. Les porte-parole du gouvernement provincial qui voulaient qu'on forme des infirmières dentaires comme en Nouvelle-Zélande s'opposèrent au projet. Il s'ensuivit de longs débats et, finalement, en

1959, le gouvernement établit la Dental Auxiliaries Act et confia à l'Université de l'Alberta le soin de former des auxiliaires dentaires qui travailleraient dans les services de santé publique (MacLean, 1987, 1981). Bien que la fondation Kellogg eût été prête à offrir une assistance financière pour le programme proposé en 1951, elle ne fournit aucun fonds pour le programme de 1961. Les premières étudiantes furent inscrites aux cours en 1961 et chacune reçut une bourse grâce aux subventions nationales à la santé. Les finissantes des premiers cours obtinrent un diplôme d'hygiéniste dentaire en même temps qu'un certificat de compétence comme auxiliaire dentaire (MacLean, 1987).

Avant la fondation de l'École d'hygiène dentaire, en Alberta, on recrutait des jeunes femmes qu'on envoyait étudier aux États-Unis en leur donnant des bourses puisées à même les subventions nationales à la santé. À leur retour, elles devaient travailler dans divers programmes de santé publique de la province. La première hygiéniste dentaire d'Alberta fut Joan Engman, diplômée de l'Université du Michigan, qui fut embauchée par les services de santé de Calgary, en 1951 (MacLean, 1981).

Québec

La profession d'hygiéniste dentaire ne fut reconnue par la loi dans la province de Québec qu'en 1962*. Néanmoins, la formation en hygiène dentaire au Canada aurait pu débuter au Québec vers la fin des années 1940 si les efforts du D[r] Ernest Charron, doyen de la faculté de chirurgie dentaire de l'Université de Montréal, avaient été couronnés de succès. Le D[r] Charron aurait voulu instituer un programme d'hygiène dentaire à l'Université de Montréal et aurait pu obtenir des fonds de la fondation Kellogg par l'intermédiaire du D[r] Phillip Blackerby, qui était directeur des programmes de formation pour la fondation Kellogg en 1948. En plus d'une source de financement, l'Université avait de la place dans les nouveaux locaux de la faculté pour une clinique d'hygiène dentaire et, ce qui importait encore davantage, c'était la disponibilité d'une directrice pour le programme, en l'occurrence Andrée Hébert (M[me] Brunelle) diplômée de l'Université Columbia. Le D[r] Charron consulta des personnages importants de sa profession qui étaient également en faveur d'une école d'hygiène dentaire. Mais il fit face à une opposition insurmontable de la part de membres de la faculté chargée de la formation des dentistes en hygiène publique à l'École d'hygiène. Ceux-ci craignaient qu'une école d'hygiène dentaire crée de la confusion parmi le public et aux yeux du gouvernement et nuise à l'évolution des services de santé publique. On craignait que les hygiénistes dentaires semblent remplacer les dentistes en hygiène publique. L'idée d'instituer un programme de formation en hygiène dentaire fut donc rejetée par le Conseil de l'Université et le projet retourna aux oubliettes pendant plus de vingt ans (Lussier et Scoles, 1974).

Avant 1970, il y avait moins de vingt hygiénistes dentaires en poste au Québec. Elles étaient toutes anglophones et avaient étudié dans les autres provinces ou aux États-Unis. La demande de soins dentaires étant constante par suite de l'avènement du régime de soins dentaires pour les enfants, la nécessité d'augmenter le nombre des hygiénistes dentaires se fit sentir. Le Régime de soins dentaires du Québec a fait l'objet d'un texte législatif en 1971 lequel n'est entré en vigueur qu'en 1974. Il était difficile d'attirer des hygiénistes dentaires au Québec à cause de la barrière des langues et on se rendit compte qu'il fallait instituer un programme d'enseignement de l'hygiène dentaire pour les francophones. En 1971, la Faculté de médecine dentaire de l'Université de Montréal entreprit un programme d'une durée de trois ans pour former des hygiénistes dentaires. Le programme fut mis sur pied par le doyen de l'époque, le D[r] Jean-Paul Lussier, et le D[r] Geneviève Cuzak. La première directrice, Dixie Scoles entra en fonction en 1972. Le programme d'étude permettait aux diplômées d'être

---

* Dans le résumé du présent rapport publié en mars 1986, il est mentionné à tort que l'hygiène dentaire fut sanctionnée par la loi au Québec en 1946.

acceptées dans les programmes d'hygiène dentaire qui devaient être établis dans les Collèges d'enseignement général et professionnel (CEGEP). Ce cours de base en hygiène dentaire donna des diplômées entre 1974 et 1979, avant d'être remplacé par un programme suivant le cours menant au certificat, lequel est ouvert aux diplômées des CEGEP. En 1986-1987, il y avait des programmes d'hygiène dentaire dans huit CEGEP. Au cours de la période de 1975 à 1980, 900 hygiénistes dentaires sont sorties des CEGEP (Lussier, 1981).

Le statut des hygiénistes dentaires du Québec est unique au Canada en ce que le gouvernement de cette province, lorsqu'il révisa les lois régissant toutes les professions, accorda à l'exercice de l'hygiène dentaire le statut légal de profession. La Corporation professionnelle des hygiénistes dentaires du Québec, formée en février 1975, transforma l'exercice de l'hygiène dentaire et en fit une profession autonome avec son propre conseil et sa propre réglementation (Dussault, 1976). Toutefois, c'est le gouvernement du Québec qui détermine les fonctions des hygiénistes dentaires et établit le niveau de surveillance requis (Aitken, 1976; Lussier, 1981).

Territoires du Nord-Ouest

L'exercice de l'hygiène dentaire fut reconnu par la loi dans les Territoires du Nord-Ouest en 1967.

Terre-Neuve

Des hygiénistes dentaires travaillaient déjà à Terre-Neuve avant que la loi les régissant n'entre en vigueur en 1968 (O'Driscoll, 1981). Gayle O'Driscoll qui avait obtenu un diplôme de l'Université de Toronto, travailla d'abord pour les services de santé publique de cette province en 1957 et fut la première hygiéniste dentaire employée dans un cabinet de dentistes en 1967. D'autres hygiénistes dentaires travaillaient à la mission Grenfell à St. Anthony (Terre-Neuve) et au Labrador, mais il n'existe aucun dossier à leur sujet. Ce n'est que lorsque la nouvelle loi (Dental Act) entra en vigueur en 1968, que les hygiénistes à l'emploi de la mission Grenfell furent inscrites au registre en même temps que d'autres hygiénistes.

3. Évolution récente de la profession

Depuis la fin de la Deuxième Guerre mondiale, en 1945, l'hygiène dentaire a été profondément influencée par deux phénomènes majeurs. Le premier fut l'expansion de l'exercice de l'hygiène dentaire, jusqu'alors limité aux États-Unis, qui se répandit virtuellement à la grandeur du globe dans plus de 50 pays et dans six continents (Fédération dentaire internationale, 1981). On compte actuellement près de 75 000 hygiénistes dentaires dans le monde (Fédération dentaire internationale, 1981). Les hygiénistes dentaires sont maintenant largement acceptées en tant que dispensatrices d'une vaste gamme de soins principalement préventifs et on admet que cela est une façon rentable de fournir des services de haute qualité.

Le second phénomène est l'étude de fonctions élargies pour les hygiénistes dentaires et, dans certains cas, les modifications concomitantes dans l'exercice de l'hygiène dentaire. On a décidé de faire ces études quand on s'est rendu compte que l'effectif dentaire ne suffisait pas à satisfaire la demande de traitements, situation qui risquait de persister pendant plusieurs décennies (Born, 1983). Certaines des premières recherches dans ce domaine ont été faites au Canada. Par exemple, en 1962, on enseignait aux hygiénistes dentaires formées au sein des Forces armées canadiennes à faire des restaurations et on leur donnait le titre de thérapeute dentaire. La Faculté de médecine dentaire de l'Université Dalhousie et la Division dentaire du ministère de la Santé de l'Île-du-Prince-Édouard ont collaboré à une étude des ressources humaines, notamment des hygiénistes dentaires non militaires possédant des aptitudes semblables à celles des thérapeutes dentaires des Forces armées et oeuvrant dans le secteur de l'hygiène publique ou dans des cabinets privés. À l'Université du Manitoba, on enseignait aux hygiénistes dentaires à remplir certaines fonctions de prothésiste au niveau de compétence exigé des étudiants en médecine dentaire. Cela a pu se faire sans augmenter la durée du cours ni chambarder le programme d'enseignement.

Aux États-Unis, des études semblables ont été menées à Forsyth (Lobene, Hein, 1969) et à l'Université du Kentucky. Dans certaines provinces du Canada, ces études ont mené à modifier la définition de l'exercice de l'hygiène dentaire. L'intérêt suscité par les possibilités d'élargissement des fonctions des hygiénistes dentaires a soudainement disparu lorsque la pénurie de main-d'oeuvre attendue ne s'est pas manifestée, mais l'exercice de l'hygiène dentaire avait déjà été redéfini dans certaines provinces. Ainsi, la preuve de la possibilité réelle que des hygiénistes dentaires en viennent à dispenser un plus large éventail de services avait été bien fondée.

4. Associations professionnelles

Il y avait, à l'Université de Toronto, un groupe actif d'anciennes diplômées qui ont formé la première association professionnelle d'hygiénistes dentaires au Canada. Ce groupe a aussi formé le noyau d'une association nationale. En mai 1963, à Toronto, lors d'une rencontre des diplômées en hygiène dentaire de l'Université et d'autres hygiénistes dentaires intéressées, la formation d'un organisme national fit l'objet d'un débat. Le premier congrès canadien d'hygiénistes dentaires organisé en collaboration par les hygiénistes dentaires de l'Alberta et de l'Ontario eut lieu à Edmonton, l'année suivante (Girardin, 1980).

L'Association canadienne des hygiénistes dentaires a été constituée officiellement en 1965. La première présidente de l'organisme fut Jill Dossett (Association canadienne des hygiénistes dentaires, 1980). L'Association réunit d'abord les organismes d'hygiène dentaire (provinciaux) de l'Ontario, de la Nouvelle-Écosse, de l'Alberta et du Manitoba. Les autres associations provinciales ont été établies par la suite à savoir, l'association de Colombie-Britannique en 1967, l'association de la Saskatchewan en 1970, les associations du Québec et de l'Île-du-Prince-Édouard en 1972, celle du Nouveau-Brunswick en 1974 et celle de Terre-Neuve en 1978.

Ainsi, en 1978, l'Association nationale représentait les dix provinces (Association canadienne des hygiénistes dentaires, 1980). Certaines des associations provinciales comptant le plus grand nombre de membres ont été subdivisées; en 1983, l'Association ontarienne comptait 21 groupes, celle de la Colombie-Britannique en comptait quatre et l'Association de l'Alberta était subdivisée en deux.

L'Association canadienne des hygiénistes dentaires et les organismes provinciaux qui la composent ont joué un rôle prépondérant et exercé une grande influence sur le développement de l'hygiène dentaire au Canada depuis deux décennies. Au nombre de ses activités, mentionnons la présentation de mémoires au Comité spécial d'étude sur les auxiliaires dentaires, en 1968 (Association canadienne des hygiénistes dentaires, 1968), la participation à la conférence sur les auxiliaires dentaires organisée par l'Association dentaire canadienne à Banff, en 1974, l'organisation du septième Colloque international sur l'hygiène dentaire, à Vancouver, en 1979, la préparation et la présentation d'un mémoire à la Commission de révision des services de santé, en 1979, la désignation de membres du Groupe de travail sur l'exercice de l'hygiène dentaire en 1981, le financement d'une bonne part de la première Conférence sur la recherche en hygiène dentaire, à Winnipeg, en 1982, et la tenue d'ateliers, avant la conférence, qui ont débuté en 1978, sur le développement organisationnel, l'éducation permanente, l'enseignement de l'hygiène dentaire et la transférabilité des permis d'exercice. L'Association canadienne des hygiénistes dentaires a aussi collaboré au processus d'accréditation de l'Association dentaire canadienne, a mené des études sur des questions comme celle de la transférabilité et a collaboré avec Statistique Canada à la collecte de données sur les hygiénistes dentaires au Canada.

5. Événements marquants

Certains événements déjà mentionnés sont suffisamment significatifs pour justifier qu'on en reparle. En 1950, au tout début du développement de l'hygiène dentaire au Canada, une hygiéniste dentaire fut embauchée à plein temps par le ministère de la Santé nationale et du Bien-être social à Ottawa (Brunelle, 1983). Depuis, il y a presque toujours eu une

hygiéniste dentaire au service du Ministère. Au cours des années, les titres octroyés à ces hygiénistes dentaires ont varié et leur rôle ont progressé passant de fonctions techniques et cliniques à la consultation et à la recherche à un niveau supérieur.

En 1968, le ministère de la Santé nationale et du Bien-être social réunit un Comité spécial d'étude sur les auxiliaires dentaires, présidé par le juge en chef D.C. Wells de l'Ontario. Le Comité était composé de dentistes représentant le secteur privé, les services de santé publique, les milieux d'éducation des dentistes et des auxiliaires dentaires, et comprenait en outre un représentant du domaine de la santé publique, un représentant des consommateurs et deux membres désignés par le ministère de la Santé nationale et du Bien-être social. Le président de l'Association canadienne des hygiénistes dentaires présenta un mémoire au Comité en octobre 1968 (Association canadienne des hygiénistes dentaires, 1968). Ce rapport eut une influence importante sur le développement de fonctions élargies pour les hygiénistes dentaires dans le domaine de la dentisterie restauratrice (Comité spécial d'étude sur les auxiliaires dentaires, 1970).

En janvier de 1974, l'Association dentaire canadienne parrainait la Conférence sur les auxiliaires dentaires, à Banff (Alberta). Il y eut plus de 120 participants et organisateurs représentant notamment l'Association dentaire canadienne, des membres de l'Association dentaire canadienne, des membres de conseils d'agrément, des représentants des ministères de la Santé aux niveaux fédéral et provincial et d'autres organismes, des représentants de l'Association canadienne des hygiénistes dentaires, des membres de la Canadian Dental Nurses and Assistants Association, des associations de techniciens dentaires, des spécialités dentaires, des facultés de médecine dentaire et des écoles d'hygiéniste dentaire, et d'autres groupes comme l'American Dental Association, l'American Dental Hygienists Association, le fonds canadien pour l'enseignement dentaire et l'Association des facultés dentaires du Canada. Des conférenciers de marque parlèrent principalement des soins de santé au Canada et de la place de la médecine dentaire dans le système de santé; ils renseignèrent le groupe sur les perspectives d'avenir dans le domaine des soins dentaires. Les ateliers portèrent sur le rôle des auxiliaires dentaires, la classification et les fonctions des auxiliaires, les conséquences pour les membres des professions dentaires et les lignes directrices pour effectuer des changements. La Conférence fut un événement particulier à cause du large spectre d'organismes qui y étaient représentés, de son ordre du jour ambitieux, et des discussions libres sur des sujets variés qui ont eu lieu. Les organisateurs de la Conférence avaient réussi à structurer soigneusement la réunion de façon à surmonter les obstacles à la communication que constitue la hiérarchie dans le domaine de la médecine dentaire. La Conférence n'avait pas pour objet de présenter des recommandations précises, mais on s'est accordé pour reconnaître les problèmes posés par le manque de mobilité à la verticale et à l'horizontale dans le cadre de la carrière, la nécessité d'une meilleure communication entre les dentistes et le personnel auxiliaire, les niveaux de supervision nécessaires, l'absence de mécanismes pour l'assurance de la qualité, le besoin d'assurer une représentation du personnel auxiliaire au sein des organismes qui prennent des décisions les concernant et les problèmes relatifs à l'éducation permanente.

Le Comité international de liaison sur l'hygiène dentaire fut fondé en 1970 et réunissait des représentants d'associations nationales d'hygiénistes dentaires de sept pays. L'Association canadienne des hygiénistes dentaires fut un des membres fondateurs (Dimitri et Voris, 1980). Une des principales activités du Comité est l'organisation périodique de colloques, dont le premier a eu lieu en Italie en 1970 (Leitch, 1980). Le septième Colloque international sur l'hygiène dentaire, parrainé par l'Association canadienne des hygiénistes dentaires, eut lieu en juillet 1979, à Vancouver (Colombie-Britannique). C'était le premier colloque du genre à avoir lieu en Amérique du Nord et aussi le premier à ce jour à réunir autant de participants, soit plus de 600 représentants de treize pays (Dimitri et Voris, 1980). Le thème du colloque de 1979, l'éducation permanente, fut développé lors d'un atelier sur le développement et la dispensation de programmes

d'éducation permanente pour les hygiénistes dentaires. Cet atelier organisé après le colloque était subventionné par l'Association canadienne des hygiénistes dentaires. Des membres du Conseil sur l'éducation permanente et d'autres hygiénistes dentaires choisis dans chacune des provinces de même que des hygiénistes dentaires représentant les pays européens participèrent à cet événement d'une durée de deux jours qui donna un sérieux élan à l'éducation permanente pour les hygiénistes dentaires dans toutes les provinces (Dimitri et Voris, 1980).

Issue du Comité international de liaison, la Fédération internationale des hygiénistes dentaires fut fondée le 28 juin 1986 au cours du dixième Colloque international sur l'hygiène dentaire, tenu à Oslo (Norvège). Des représentants du Canada, du Japon, des Pays-Bas, de la Norvège, de la Suède, du Royaume-Uni et des États-Unis avaient travaillé pendant plusieurs années pour rendre cette organisation possible et fonctionnelle. Ils furent rejoints, au moment de l'obtention de la charte de l'Association par de nouveaux pays membres, notamment l'Australie, le Danemark et la Suisse. Les dirigeants de la Fédération sont Wilma Motley (É.-U.), présidente, Patricia Johnson (Canada), vice-présidente et Jo Gardner (Canada), secrétaire-trésorière. Les objectifs de l'organisation sont de promouvoir l'accès pour tous à des services de dentisterie préventive de qualité, de représenter et de faire avancer la profession d'hygiéniste dentaire sur une base mondiale, non gouvernementale, de promouvoir et de coordonner les échanges de renseignements sur l'exercice de l'hygiène dentaire et la formation des hygiénistes dentaires, de sensibiliser le public à la possibilité de prévenir les maladies bucco-dentaires grâce à un schéma thérapeutique ayant fait ses preuves, et d'encourager les échanges de ressources humaines en hygiène dentaire. Le Canada sera l'hôte du onzième Colloque international d'hygiène dentaire à Ottawa, en juin 1989 (Fédération internationale des hygiénistes dentaires, 1987).

En 1979, une commission parrainée par le gouvernement fédéral et présidée par le juge Hemmet Hall entreprit un examen des services de santé au Canada. En avril 1980, le Conseil de l'Association canadienne des hygiénistes dentaires présenta un mémoire lors des audiences de la Commission, à Halifax. Le mémoire contenait 14 recommandations à propos de la recherche sur la dispensation des soins dentaires, la réglementation et la surveillance des hygiénistes dentaires, la nécessité de normes d'exercice et de mécanismes d'assurance de la qualité, l'amélioration de la formation en hygiène dentaire et les systèmes d'accréditation et enfin un rôle élargi pour les hygiénistes dentaires dans les activités de promotion de la santé et d'autres activités de santé dentaire au niveau communautaire (Association canadienne des hygiénistes dentaires, 1980).

La création du Groupe de travail sur l'exercice de l'hygiène dentaire peut aussi être considérée comme un événement marquant. Ce comité d'experts parrainé par le gouvernement fédéral, qui a été formé en 1981, se compose de huit hygiénistes dentaires et de cinq dentistes; il est présidé par une hygiéniste dentaire.

Dans le cadre de ses délibérations, le Groupe de travail a formé un Sous-comité sur la recherche qui est décrit ailleurs dans le rapport. Une des principales activités du Sous-comité sur la recherche a été de planifier, en collaboration avec l'École d'hygiène dentaire de l'Université du Manitoba, la première conférence sur la recherche en hygiène dentaire. Le financement de la Conférence de 1982 a été assuré par l'Association canadienne des hygiénistes dentaires, l'Association des hygiénistes dentaires du Québec, le Fonds canadien pour l'enseignement dentaire, le Programme national de recherche et de développement en matière de santé et la Direction des services de santé de Santé et Bien-être social Canada ainsi que la Faculté de médecine dentaire de l'Université du Manitoba. Quatorze chercheurs et consultants distingués venant de diverses régions du Canada et des États-Unis ont pris la parole. Quarante-deux hygiénistes dentaires représentant les domaines de l'éducation, de l'hygiène publique, les hôpitaux et l'exercice privé s'étaient inscrites comme participantes. La Conférence avait été conçue de façon à faciliter les discussions en petits groupes et les consultations individuelles avec des personnes ressources en même temps que la présentation

d'exposés.

Au cours des années 1950, les hygiénistes dentaires commencèrent à participer à des travaux de recherche; elles appliquèrent leurs intérêts et leurs connaissances dans le domaine de l'hygiène dentaire à d'autres domaines comme la nutrition, l'épidémiologie, l'éducation, les sciences du comportement, la parodontologie et les matériaux dentaires. Cette évolution était encourageante, mais la participation à des recherches n'était qu'épisodique et sans lien avec d'autres travaux similaires faits par d'autres hygiénistes dentaires. La Conférence devait briser cet isolement et sensibiliser les hygiénistes dentaires à un grand nombre de sujets de recherche susceptibles de les intéresser (Lussier, 1983).

À l'heure actuelle, les hygiénistes dentaires s'engagent de plus en plus dans un vaste éventail de recherches. En outre, bon nombre d'hygiénistes dentaires entreprennent la préparation de recherches.

6. Conclusions

Ce bref examen du développement de l'hygiène dentaire au Canada depuis 38 ans, soit depuis ses débuts en 1949 jusqu'à 1987, révèle une croissance remarquablement rapide et une maturation de la profession. Cela traduit différentes influences comme la croissance économique qui a suivi la Deuxième Guerre mondiale, la reconnaissance par les dentistes des avantages sur les plans économique et de santé dentaire, de la présence et de l'utilisation d'auxiliaires dentaires et la demande de soins dentaires de la part du public. Cela traduit en outre le leadership empreint de dévouement des hygiénistes dentaires dans leur rôle de chefs d'organismes professionnels, d'éducatrices, de planificatrices en santé publique, de consultantes et de praticiennes.

BIBLIOGRAPHIE

Comité spécial d'étude sur les auxiliaires dentaires

1970 Rapport du Comité spécial d'étude sur les auxiliaires dentaires. Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, Ottawa.

Aitken, S.

1976 "The Quebec Professions Bill," The Canadian Dental Hygienist, Vol. 10, N^{O}. 1.

Born, D.O.

1983 "Auxiliary Personnel in Reducing the Cost of Dental Care", R.T. Kudrle et L. Meshin, éds. Minneapolis, University of Minnesota Press.

Brunelle, A.H.

1983 Lettre à Kate McDonald, communication personnelle.

Association dentaire canadienne

1974 "Rapport de la Conférence sur les auxiliaires dentaires, 1974," Journal de l'Association dentaire canadienne, Vol. 52, n^{O}. 7, juillet.

Association canadienne des hygiénistes dentaires

1980 Manuel.

1979 Mémoire présenté au Comité de révision des services de santé, avril.

1968 Mémoire au Comité spécial d'étude sur les auxiliaires dentaires.

Dimitri, M. et Voris J.

1980 Lifelong Learning : Highlights of the Seventh International Symposium on Dental Hygiene, Canadian Dental Hygienists' Association, Vancouver, B.C.

Dussault, R.

1975 Lettre à Sylvie Fréchette à propos de la nomination du premier directeur de la Corporation professionnelle des hygiénistes dentaires du Québec. Office des professions du Québec, gouvernement du Québec, le 17 février.

Fales, M.

1975 History of Dental Hygiene Education in the United States 1913 to 1975. Thèse de doctorat inédite, University of Washington.

Fédération dentaire internationale

1981 Basic Fact Sheets.

Girardin, D.

1980 Lifelong Learning : Highlights of the Seventh International Symposium on Dental Hygiene, Canadian Dental Hygienists' Association, Vancouver, B.C.

Hancock

1983 Lettre à propos des ordonnances du Territoire du Yukon, communication personnelle.

Fédération internationale des hygiénistes dentaires

1987 Communiqué.

Johnson, P.

1982 Dental Hygiene Practice Settings - Moving into the 1980's. Document de travail préparé pour le Groupe de travail sur l'exercice de l'hygiène dentaire et présenté dans le cadre d'un programme pour l'obtention d'un BScD à l'Université de Toronto.

Jones, L.

1979 "Dental Hygiene as a Female-Dominated Semi-Profession", The Canadian Dental Hygienist. Vol. 13, N^{O}. 3. Fall.

Kline, C.

1981 Communication personnelle à K. MacDonald.

Leitch, W.

1980 Lifelong Learning : Highlights of the Seventh International Symposium on Dental Hygiene, Canadian Dental Hygienists' Association, Vancouver, B.C.

Lobene, R. et Hein, J.
1969 An Experimental Program to Study the Extension of Duties of Dental Hygienists, Rapport final, le 26 septembre.

Lussier, J.-P.
1983 "Conférence sur la recherche en hygiène dentaire : résumé de la Conférence", The Canadian Dental Hygienist, vol. 17, N°. 1.
1981 "Concept of Dental Hygiene in Canada, Particularly in the Province of Quebec", Quintessence, N° 9, p. 491-499, October.

Lussier, J.-P. et Scoles, D.
1974 Réévaluation du programme d'hygiène dentaire. Rapport des activités émanant du programme de formation de maîtres en hygiène dentaire de 1971 à 1974, Université de Montréal.

MacLean, M.B.
1987 Communication personnelle à J. Clovis. Janvier.
1981 Communication personnelle à K. MacDonald. Décembre.

Manitoba Dental Auxiliary Regulation.
1981 "Review of Dental Auxiliary Legislation in Manitoba", inédit.

Motley, W.
1986 History of the American Dental Hygienists' Association, 1923-1982. American Dental Hygienists' Association.
1972 Ethics, Jurisprudence and History for the Dental Hygienist. Lea and Febiger.

Mc[illegible]n, T.
198[illegible] Communication personnelle à K. MacDonald, octobre.

O'Driscoll, G.
1982 Communication personnelle à K. MacDonald.

Ordinances of the Yukon Territory.
1979

Romcke, R.G.
1972 The Prince Edward Island Dental Manpower Study Project #601-7-9.

Royal College of Dental Surgeons of Ontario
1987 Communication personnelle entre L. Strevens et S. Amer
1976 "Dental Hygiene Highlights", Vol 1:1, March.

Strevens, L.
1981 History of Dental Hygiene in Ontario, communication inédite.

Watterson, J.S.
1983 "Wilma Motley : ADHA Historian", (Interview avec Wilma Motley) Dental Hygiene, July.

Wayman, D.E.
1982 "Dental Hygiene Educators : A Report of Credentials", Educational Directions, Vol. 7, N° 1. March.

Wilson, M.
History of Dental Hygienists in Prince Edward Island, Canada, inédit et sans date.

III
LES RESSOURCES HUMAINES

1. Introduction

Dans les années 1960, en Amérique du Nord, les questions à propos des ressources humaines dans le domaine de la santé dentaire se rapportaient généralement aux pénuries réelles et éventuelles de personnel dentaire (McFarlane, 1965). Après la guerre, la croissance démographique, l'amélioration du niveau de vie et l'intérêt grandissant du public pour la santé dentaire avaient joué concurremment pour provoquer une augmentation considérable de la demande de services. Au même moment, l'amélioration de la technologie et de meilleures stratégies de gestion de l'exercice de la profession ne suffisaient pas pour augmenter la disponibilité de soins dentaires. On pensait donc qu'il faudrait augmenter considérablement le personnel dentaire. De plus, on croyait qu'il faudrait non seulement augmenter le nombre des hygiénistes dentaires mais aussi leur donner une formation élargie et leur permettre de rendre un éventail beaucoup plus large de services dentaires; c'est ce qu'on a appelé l'élargissement des fonctions (Comité spécial d'étude sur les auxiliaires dentaires, 1970).

Durant les années 1970, la situation s'était inversée et on s'inquiétait désormais de surplus de personnel dentaire, surtout de dentistes. D'après un rapport sur les ressources humaines dans le domaine de la santé dentaire (House, 1980) la dentisterie au Canada semblait être à un point tournant de son histoire. ..."Nous passons d'une situation de pénurie chronique de main-d'oeuvre à un excédent embarrassant. L'abondance relative de main-d'oeuvre dentaire a des répercussions profondes sur les revenus, la structure de la pratique privée et la dispensation des services dentaires". Même si dans certains domaines on réclame encore des dentistes, dans un rapport (ADC, 1982a) on priait expressément la profession dentaire de s'occuper des changements dans les ressources humaines et de faire plus que de simplement les redistribuer, ce qui n'allait pas être simple. On a depuis procédé à une baisse des inscriptions dans la profession dentaire. Même s'il y a eu surplus de dentistes au cours des années 1970, tel ne fut pas le cas des hygiénistes dentaires qui continuèrent d'être en demande.

L'augmentation de l'effectif des dentistes a été surpassée par des changements encore plus considérables chez les hygiénistes dentaires. Dans un rapport publié au Canada (Lewis et coll., 1981), on estime qu'entre 1967 et 1979, l'effectif des hygiénistes dentaires s'est accru d'environ 26 %. D'après une étude subséquente des ressources en personnel dentaire (ADC, 1982a), on prévoit que, si les circonstances ne changent pas au cours des vingt prochaines années, "l'accroissement du nombre des hygiénistes dentaires et des assistantes dentaires autorisées sera si rapide qu'il faudra modifier de façon très importante la composition de l'équipe dentaire si l'on veut fournir du travail à tout le personnel auxiliaire autorisé". En Ontario, entre 1975 et 1985, le nombre des diplômées est passé de 50 à 188 par année. Au Québec, elles étaient 12 en 1974, lorsque les premières sont arrivées sur le marché du travail, et 143 en 1985. Par ailleurs, une enquête menée en Ontario, en 1982, où le nombre de diplômées de cours d'hygiène dentaire avait augmenté énormément, a révélé que presque toutes les diplômées de 1982 se sont trouvé du travail à plein temps assez rapidement (Ministère des collèges et universités, 1983).

L'objet de ce chapitre est de présenter des données relatives aux modifications récentes des ressources humaines en santé dentaire, particulièrement en ce qui concerne l'exercice de l'hygiène dentaire, et de formuler des recommandations relatives à l'effectif des hygiénistes dentaires pour les années 1990.

2. Limites et sources de données

Nous nous intéresserons, dans ce chapitre, aux hygiénistes dentaires et, dans une certaine mesure, aux dentistes qui sont les principaux employeurs des hygiénistes dentaires au Canada. Nous reconnaissons que le personnel dentaire inclut d'autres dispensateurs de soins dentaires au Canada. Par exemple, les denturologistes,

aussi appelés denturothérapeutes ou mécaniciens dentaires, sont reconnus par la Loi dans un certain nombre de provinces et dispensent des services ayant trait aux prothèses dentaires. Les infirmières dentaires, appelées maintenant thérapeutes dentaires partout excepté au Manitoba, furent amenées au Canada pour répondre aux besoins de groupes de population mal desservis au Yukon et dans les Territoires du Nord-Ouest, dans les réserves Indiennes ainsi qu'en Saskatchewan et au Manitoba.* Elles n'étaient employées au départ que par des services du gouvernement qui demeure leur principal employeur, mais en Saskatchewan et au Manitoba elles sont autorisées à travailler également dans les cabinets de dentistes. Les assistantes dentaires accréditées, aptes à pratiquer des traitements prophylactiques à l'aide de cupules en caoutchouc, à faire des applications topiques d'agents pour prévenir la carie, à installer des digues en caoutchouc, à prendre des empreintes pour les modèles d'étude et à prendre des radiographies sont reconnues dans un certain nombre de provinces. La plupart travaillent dans des cabinets de dentistes, mais certaines oeuvrent en santé communautaire. Toutes ces personnes interviennent dans la cavité buccale et dispensent des services de soins dentaires, et, d'après une revue de la situation des ressources humaines en santé dentaire au Canada (Lewis, 1977), elles influencent les préoccupations dans ce domaine de façon importante. Il n'existe pas de chiffres exacts à propos des assistantes dentaires accréditées; il n'en sera donc pas question dans ce chapitre.

Le Groupe de travail sur l'exercice de l'hygiène dentaire n'avait ni la mission ni les moyens financiers de faire ses propres enquêtes à propos de questions de ressources humaines telles que le nombre de dentistes, d'hygiénistes dentaires ou de diplômés en hygiène dentaire ou les profils actuels de la profession. Nous avons plutôt puisé les chiffres dans un aussi grand nombre de rapports relativement à jour que possible. Heureusement le ministère de la Santé nationale et du Bien-être social fait un inventaire annuel de la main-d'oeuvre sanitaire** et Statistique Canada fait des recensements annuels et biennaux des hygiénistes dentaires. En outre, l'unité de recherche sur les services de soins de santé dentaire de l'Université de Toronto a fait des études poussées des ressources humaines en médecine dentaire et en hygiène dentaire (Lewis, 1977, 1979) et il y a eu une étude nationale faite par l'Association canadienne des hygiénistes dentaires (Lewis, 1981) et par l'Association dentaire canadienne (ADC, 1982a, b, c). Ces rapports sont les principales sources de données pour ce chapitre.

Malheureusement, certaines données semblent se contredire d'un rapport à l'autre. Bien souvent, cela dépend de l'époque de l'année où l'enquête a eu lieu (à l'automne, on peut compter les diplômés de l'année, mais pas au printemps) ou bien des listes d'envois qui sont plus ou moins complètes. Nous avons tiré des données de différents rapports. Les résultats donnés dans les tableaux ne sont peut-être pas précis, mais ils illustrent certaines tendances et l'on peut supposer qu'ils reflètent bien la situation actuelle.

Lorsqu'on examine ces chiffres, il faut avant tout se rappeler que le nombre des programmes de formation pour les dentistes et les hygiénistes dentaires a beaucoup augmenté au cours des deux dernières décennies en prévision d'augmentations de la population et de la demande de services dentaires qui ne se sont réalisées que partiellement. Les changements qui en ont résulté ont été si marqués qu'on s'inquiète de savoir ce qui va arriver si la tendance se maintient.

---

* Les thérapeutes dentaires ont pour mission d'assurer la restauration, l'extraction et des services dentaires préventifs à une clientèle choisie sur les conseils d'un dentiste.

** En 1986, le titre du rapport a été changé; de Répertoire de la main-d'oeuvre sanitaire au Canada, il est devenu Le personnel de la santé au Canada.

3. Nombre d'hygiénistes dentaires

On peut voir, dans le tableau 3.1, le nombre des hygiénistes dentaires autorisées au Canada, par province d'autorisation et par année, entre 1966 et 1986 et, dans le tableau 3.2, le taux moyen annuel d'augmentation du nombre des hygiénistes dentaires au Canada au cours d'années choisies, de 1965 à 1985, tandis que le tableau 3.3 contient des données sur la population par hygiéniste dentaire autorisée, par province d'autorisation, entre 1976 et 1986.

Ce qu'il y a de plus remarquable dans ces chiffres, c'est l'augmentation énorme des nombres au cours d'une courte période. Entre 1965 et 1975, le nombre des hygiénistes dentaires autorisées a augmenté à un taux moyen annuel de 22,2 %. Bien que l'augmentation ait légèrement ralenti au cours des dix années suivantes, l'accroissement annuel est demeuré en moyenne à 14 %. L'augmentation la plus considérable a eu lieu entre 1965 et 1970, alors que l'augmentation annuelle moyenne était de 28,7 %. Plus de 70 % des hygiénistes dentaires canadiennes sont entrées sur le marché du travail entre 1975 et 1985 (tableau 3.1). Le taux d'accroissement rapide n'est pas très surprenant si l'on pense à la "nouveauté relative" de l'hygiène dentaire en tant que profession reconnue au Canada. En réalité, c'est seulement depuis 1964 que le nombre des hygiénistes dentaires oeuvrant au Canada a dépassé la centaine. Le fait que cette augmentation rapide se soit faite à partir d'un très petit nombre au début du développement de la profession d'hygiéniste dentaire est significatif. À cause de l'intérêt croissant porté à la promotion de la santé, de la modification de l'état de santé dentaire de la population et de l'apparition de l'hygiène dentaire en tant que discipline distincte et aussi à cause d'autres facteurs, il s'est créé une nouvelle demande. Il fallait donc préparer rapidement de nouvelles diplômées pour combler ce vide. Les variations au niveau des provinces révèlent qu'en 1985, plus de 65 % des hygiénistes dentaires oeuvraient au Québec et en Ontario alors que ce pourcentage était de 47,5 % en 1975. Cette augmentation est due en partie à la multiplication importante des programmes de formation dans ces deux provinces et encore davantage au fait que presque les deux tiers de la population canadienne se trouvent dans ces provinces.

Au Canada, alors qu'il n'y avait qu'un seul programme de formation pour les hygiénistes dentaires en 1961, il y en a maintenant 27 en 1987, et la majorité de ceux-ci ont été mis sur pied au cours des années 1970 (Santé et Bien-être social Canada, 1982)*. On peut, voir au tableau 3.4, l'augmentation spectaculaire des chiffres annuels de diplômées des écoles d'hygiénistes dentaires lesquelles, de moins de 10 entre 1953 et 1961, sont passées à près de 450 en 1985. Le tableau 3.4 contient également le pourcentage d'augmentation pour le Canada tout entier par période de cinq ans et on peut y voir des augmentations importantes entre 1970 et 1975. Depuis lors, le taux d'accroissement s'est ralenti.

Le nombre des diplômées a augmenté de plus de 75 fois entre 1960 et 1985. On peut également voir dans le tableau 3.4 une augmentation soudaine entre 1974 et 1975, époque où le nombre des diplômées en hygiène dentaire a presque doublé. Le tableau 3.5 contient les nombres de diplômées des écoles d'hygiène dentaire par année et par école au Canada entre 1976 et 1986.

---

* Le chiffre (27) comprend les programmes de perfectionnement à l'Université de Montréal et à l'Université de Toronto, l'école des services dentaires des Forces armées canadiennes et le programme du Wascana Institute pour le perfectionnement des thérapeutes dentaires mais pas le programme instauré à Saint-Jérôme dont la dernière promotion est sortie en 1979.

Tableau 3.1
Nombre d'hygiénistes dentaires autorisées, par province d'inscription et par année, Canada, 1966-1986

ANNÉE	T.-N.	Î-P-É	N-É	N-B	QUÉ	ONT	MAN	SASK	ALTA	C.-B.	YUKON TNO	CANADA
1966	1	3	18	3	4	189	12	5	46	22	-	303
1967	0	2	31	3	8	297	24	14	60	37	-	476
1968	2	3	36	6	12	317	34	20	54	60	-	544
1969	6	7	42	6	12	335	46	23	61	79	-	617
1970	5	8	56	6	13	377	46	30	75	130	-	746
1971	8	8	65	4	11	423	69	29	78	154	-	849
1972	7	8	7	12	17	475	79	36[f]	100	183	-	987[f]
1973	9	12	55	18	26[f]	500	102	39	-	216	-	977[f,l]
1974	14	14	83	23	67	606	121	38	140	256	-	1 362
1975	14	14	87	23	138[b]	606	138	38	230	278	-	1 566
1976[a]	17	19	-	-	327[b,c]	711	153	26	367[e]	307	2	1 929[j]
1977[a]	18	21	-	31	415[b]	1 017	168	43	421[e]	364	2	2 500[k]
1978[a]	14	20	133	37	610[b,c]	1 266	193	49	481[e]	375	2	3 180
1979[a]	16	18	138	41	552[b,c]	1 476	195	49	536[e]	403	3	3 427
1980	20	22	141	45	692[b,c]	1 676	211	48	547[e,f]	457	3	3 862[f]
1981	22	22	143	52	703[b,c]	1 853	225	60	558[g]	483	4	4 125
1982	23	21	149	59	809[b,c]	2 041	273	66	555[h]	517	7	4 520
1983	26	20	170	60	940[b,c,d]	2 206	291	69	559[i]	573	5	4 919
1984	23	18	192	69	1 078[b,c]	2 386	308	83	573[f]	579	6	5 315
1985	20	18	221	79	1 188[b,c]	2 567	325	94	624[f]	614	8	5 758
1986	22	20	233	87	1 190[b,c]	2 789	348	99	628	641	7	6 064

Sources : Santé et Bien-être social Canada
- Répertoire de la main-d'oeuvre sanitaire au Canada 1976
- Personnel de la santé au Canada, 1987

a) Données révisées obtenues des organismes provinciaux délivrant des permis d'exercice en hygiène dentaire.
b) De 1975 à 1986 les chiffres sont établis au 31 mars de l'année suivante, e.g. les chiffres de 1975 sont ceux du 31 mars 1976.
c) Exclut n'exerçant pas au Québec et exerçant et n'exerçant pas en dehors de cette province.
d) A cause du décret n°. 1132-82 stipulant les actes délégués aux hygiénistes dentaires du Québec, il y a eu évidemment un plus grand nombre d'admissions qu'auparavant.
e) Il n'existe aucun organisme de réglementation professionnelle pour les hygiénistes dentaires qui exercent en Alberta.
f) Évaluation.
g) Inscription non requise, comprend des diplômés de l'Université de l'Alberta et inclut des membres, membres étudiants, non membres et ceux qui ont déménagé, ont pris leur retraite et les cas inexpliqués.
h) Évaluation révisée établie en septembre 1982.
i) Comprend les non-résidents et les membres-étudiantes.
j) Nouvelle-Écosse et Nouveau-Brunswick non comprises.
k) Nouvelle-Écosse non comprise.
l) Alberta non comprise.
-) Données inconnues.

Tableau 3.2

Taux de croissance* annuel moyen du nombre des hygiénistes dentaires autorisées au Canada, pour des périodes choisies de 1965 à 1985

Années	Changement du nombre des hygiénistes dentaires autorisées	Changement moyen annuel en pourcentage
1965 - 1970	211 to 746	+ 28.7
1970 - 1975	746 to 1 566	+ 16.0
1975 - 1980	1 566 to 3 862	+ 19.8
1980 - 1985	3 862 to 5 758	+ 8.3
1965 - 1975	211 to 1 566	+ 22.2
1975 - 1985	1 566 to 5 758	+ 14.0
1965 - 1985	211 to 5 758	+ 18.0

Source : Santé et Bien-être social Canada - Répertoire de la main-d'oeuvre sanitaire au Canada 1976, Personnel de la santé au Canada 1987

* Le taux de croissance annuel moyen a été calculé suivant la formule :

$$\log (1 + r) = \log \frac{(Pn)}{Po}$$
$$\frac{}{n}$$

où Pn = le chiffre à la fin de la période
Po = le chiffre au début de la période
n = la période en années
R = taux de croissance annuelle moyen

Tableau 3.3

Nombre d'habitants par hygiéniste dentaire autorisée, par province et territoire d'inscription et par année, 1976-1986

Province	1976	1977	1978	1979	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986
Terre-Neuve	32 882	31 183	40 236	35 288	28 360	25 727	24 778	21 996	24 830	28 435	25 800
Î.-P.-É.	6 263	5 738	6 080	6 806	5 564	5 568	5 867	6 230	6 989	7 022	6 340
Nouvelle-Écosse	..	..	6 317	6 114	6 006	5 937	5 736	5 071	4 526	3 947	3 764
Nouveau-Brunswick	..	22 158	18 654	16 924	15 460	13 371	11 873	11 763	10 283	8 994	8 166
Québec	19 153	15 146	10 354	11 522	9 267	9 175	7 991	6 894	6 032	5 495	5 521
Ontario	11 694	8 267	6 695	5 786	5 131	4 676	4 293	4 016	3 759	3 534	3 301
Manitoba	6 695	6 132	5 325	5 246	4 850	4 575	3 812	3 611	3 444	3 286	3 089
Saskatchewan	35 754	21 877	19 367	19 500	20 085	16 232	14 915	14 432	12 120	10 743	10 213
Alberta	5 136	4 646	4 209	3 928	4 029	4 102	4 201	4 182	4 082	3 781	3 777
C.-B.	8 096	6 943	6 859	6 542	5 947	5 743	5 421	4 946	4 945	4 696	4 540
Yukon	21 900	22 400	22 600	11 300	22 700	23 600	11 500	11 450	7 800	3 917	4 820
TNO	42 700	43 100	43 600	44 300	22 500	15 533	9 700	16 600	17 100	26 050	25 700
CANADA	12 005	9 367	7 435	6 978	6 246	5 935	5 466	5 061	4 721	4 389	4 205

Source : Santé et Bien-être social Canada - Personnel de la santé au Canada 1987

.. Données inexistantes

Tableau 3.4
Nombre de diplômées des écoles d'hygiène dentaire au Canada par province et par année d'obtention du diplôme, 1953-1985 et augmentation en pourcentage pour le Canada par périodes de cinq ans

ANNÉE	N.-É.	QUÉ	ONT	MAN	SASK	ALTA	C.-B.	CANADA	AUGMENTATION EN POURCENTAGE POUR LE CANADA PAR PÉRIODE DE CINQ ANS Pour cent
1953	-	-	5	-	-	-	-	5	
1954	-	-	6	-	-	-	-	6	
1955	-	-	8	-	-	-	-	8	
1956	-	-	9	-	-	-	-	9	
1957	-	-	8	-	-	-	-	8	
1958	-	-	14	-	-	-	-	14	
1959	-	-	9	-	-	-	-	9	
1960	-	-	6	-	-	-	-	6	1960-65
1961	-	-	8	-	-	-	-	8	+1,150
1962	-	-	16	-	-	-	-	16	
1963	5	-	38	-	-	19	-	62	
1964	10	-	46	-	-	19	-	75	
1965	10	-	45	9	-	11	-	75	1965-70
1966	10	-	43	13	-	16	-	82	+ 46.7
1967	7	-	47	14	-	16	-	84	
1968	12	-	41	12	-	21	-	86	
1969	11	-	38	18	-	20	-	87	
1970	14	-	40	18	-	19	19	110	1970-75
1971	19	-	47	20	-	24	15	125	+173.6
1972	20	-	56	23	-	25	20	144	
1973	15	-	49	24	-	25	20	133	
1974	18	12	53	24	-	38	19	164	
1975	19	162	50	25	-	38	19	313	1975-80
1976	20	180	80	26	-	32	21	359	+ 38.5
1977	20	190	205	20	-	32	20	487	
1978	20	199	251	20	-	32	20	542	
1979	19	153	208	26	-	35	20	461	
1980	19	123	192	23	12	35	19	423	1980-85
1981	17	94	185	24	10	33	19	382	+ 7.2
1982	18	153	196	28	11	43	20	469	
1983	25	146	178	28	10	39	20	446	
1984	27	158	169	24	11	30	20	439	
1985	28	143	188	23	11	35	19	447	
1986	32	170	202	29	10	40	20	503	

Sources : Santé et Bien-être social Canada - Répertoire de la main-d'oeuvre sanitaire au Canada 1970 et Répertoire de la main-d'oeuvre sanitaire au Canada 1977, Personnel de la santé au Canada 1987

- Nul ou zéro

* L'augmentation du pourcentage n'est pas fourni pour la période de 1955 à 1960 à cause du peu d'impact qu'a eu la faiblesse des fluctuations.

Tableau 3.5
Nombre de diplômées des écoles d'hygiène dentaire, par école et année d'obtention du diplôme, Canada, 1975-1985

Universités	1976	1977	1978	1979	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986
Nouvelle-Écosse											
Université Dalhousie	20	20	20	19	19	17	18	25	27	28	32
Québec											
Université de Montréal[a]	7	11	10	9	2	4	13	11	3	1	7
Édouard-Monpetit	41	23	21	20	17	12	23	21	22	18	21
François-Xavier Garneau[b]	21	32	35	24	27	13	27	26	29	29	25
John Abbott[c]	24	25	17	16	14	10	15	16	26	14	21
Maisonneuve	26	24	35	25	30	23	29	29	29	29	42
Saint-Hyacinthe	13	17	24	16	16	17	21	22	23	23	30
Saint-Jérôme	20	40	26	17	-	1	-	-	-	-	-
Trois-Rivières	28	18	31	26	17	14	25	21	26	29	24
Ontario											
Colleges of Applied Arts and Technology											
Algonquin	24	39	39	32	30	30	26	32	27	30	36
Cambrian	-	-	16	15	17	16	19	14	9	16	17
Canadore	-	12	12	16	9	11	10	12	11	11	8
Confederation	-	10	11	-	11	-[d]	12	-	10	-	11
Durham	-	18	24	19	14	14	15	15	12	15	19
Fanshawe	-	22	16	16	15	16	16	15	15	16	13
George Brown	-	33	43	34	34	33	22	22	20	33	34
Georgian	-	9	14	12	7	10	11	9	9	8	10
Niagara	-	16	26	16	14	14	16	18	18	15	16
Seneca	-	15	16	15	16	16	16	14	12	16	12
St. Clair	-	27	28	22	17	17	21	17	21	19	22
Canadian Forces Dental School Borden	6	4	6	6	4	5	6	6	4	8	-
Université de Toronto	50	-[e]	-[f]	5	4	3	6	4	1	1	4
Manitoba											
Université de Manitoba	26	20	20	26	23	24	28	28	24	23	29
Saskatchewan											
Wascana	-	-	-	-	12[g]	10	11	10	11	11	10
Alberta											
Université de l'Alberta	32	32	32	35	35	33	43	39	30	35	40
Colombie-Britannique											
Université de Colombie-Britannique	21	20	20	20	19	19	20	20	20	19	20
TOTAL	359	487	542	461	423	382	469	446	439	447	503

a) De 1976 à 1979, des diplômées en hygiène dentaire fondamentale ont obtenu le baccalauréat es sciences. À partir de 1980, il y a des diplômées en hygiène dentaire post-fondamentale qui peuvent obtenir trois certificats (3 spécialisations ou concentrations) menant à un baccalauréat.

b) Les chiffres pour le CEGEP François-Xavier Garneau ont été révisés.

c) Diplômées seulement, attestations non incluses.

d) Le programme d'hygiène dentaire n'est offert que tous les deux ans.

e) On ne dispense plus le cours d'études supérieures.

f) À partir de 1979, B.Sc. en art dentaire pour les détenteurs d'un diplôme en hygiène dentaire seulement.

g) Le programme pilote a commencé en 1980 et il est offert, après le diplôme, aux thérapeutes dentaires seulement.

- Rien ou zéro.

Source : Santé et Bien-être social Canada - Personnel de la santé au Canada 1987

Une étude des ressources humaines en santé dentaire en Ontario (Lewis, 1981) montre clairement que les hygiénistes dentaires auront de la difficulté à se trouver du travail à moins qu'on limite le nombre des nouvelles diplômées ou à moins que l'exercice de l'hygiène dentaire devienne largement une occupation à temps partiel. Malgré les prévisions mentionnées dans les rapports cités, au moment où nous rédigeons ces lignes, il semble y avoir une pénurie d'hygiénistes dentaires en Ontario. En réponse à une demande de la communauté dentaire, le ministère des Collèges et Universités de l'Ontario a autorisé une augmentation globale de 10 à 12 % des inscriptions dans les cours d'hygiène dentaire pour 1987 (ministère des Collèges et Universités, Ontario, 1987). Deux nouveaux programmes de formation en hygiène dentaire ont débuté au Québec en 1986 pour satisfaire la demande d'hygiénistes dentaires dans l'ouest et le nord de cette province. La Colombie-Britannique a mis sur pied un second programme de formation en 1987 à l'intérieur de la province, ce qui indique nettement une augmentation des besoins dans cette partie du pays. Néanmoins, les provinces devraient régulièrement réévaluer les emplois offerts aux hygiénistes dentaires et notamment aux nouvelles diplômées.

Le rapport entre le nombre des hygiénistes dentaires et le nombre des dentistes peut permettre de faire une estimation raisonnable de l'effectif des hygiénistes dentaires. Des projections de base faites à partir de l'étude de la main-d'oeuvre effectuée par l'Association dentaire canadienne (ADC, 1982a,b,c) indiquent que si l'on s'en tient strictement au statu quo (c'est-à-dire si, par exemple, le nombre des diplômés en médecine dentaire et en hygiène dentaire, les taux d'attrition et de rétention, ou les taux d'immigration demeurent constants) le ratio actuel de 0,32 hygiéniste dentaire par dentiste au Canada pourrait s'élever à 0,76 en l'an 2001 (tableau 3.6). Toutefois, ce genre de projection devrait être utilisé avec prudence et peut surtout servir d'outil de planification pour étudier les effets de modifications de ces paramètres.

D'ailleurs, le ratio hygiénistes dentaires: dentistes ne peut guère renseigner si l'on ne connaît pas déjà l'équilibre "souhaitable" ou optimum. La demande exprimée par le nombre de postes vacants pour des hygiénistes dentaires fournit une mesure approximative des besoins de main-d'oeuvre non comblés dans ce domaine. Les statistiques de la banque nationale d'emplois (EIC) fournissent une mesure relative, quoique partielle, de cette demande étant donné qu'elles représentent les postes vacants difficiles à combler, qui sont annoncés au niveau national lorsque d'autres techniques de recrutement n'ont pas eu de succès. La moyenne mensuelle de postes vacants offerts aux hygiénistes dentaires dans la banque nationale d'emplois, par province, de 1982 à 1986 et le nombre de nouveaux postes vacants de 1983 à 1986 sont donnés dans les tableaux 3.7 et 3.8.

Tableau 3.6
Ratios actuels et projetés* d'hygiénistes dentaires par dentiste pour des années choisies entre 1981 et 2001

Année	Atlantique	Québec	Sask.	Ontario	Manitoba	Alberta	C.-B.	Canada
1981	0.33	0.26	0.16	0.35	0.45	0.47	0.23	0.32
1986*	0.53	0.56	0.18	0.49	0.64	0.50	0.27	0.47
1991*	0.75	0.80	0.21	0.60	0.79	0.52	0.29	0.59
1996*	0.94	0.98	0.24	0.68	0.90	0.53	0.31	0.68
2001*	1.13	1.13	0.26	0.76	1.00	0.53	0.32	0.76

* Banque nationale d'emplois. Classification canadienne et dictionnaire des occupations - Code 3157-110 pour les hygiénistes dentaires.

Source : House, R.K. - Canadian Dental Association Manpower Study Supply, 1982.

Tableau 3.7

Moyenne mensuelle des postes vacants pour des hygiénistes dentaires*, dans la banque nationale d'emplois, par province, 1982-1986

	'82	'83	'84	'85	'86
Canada	25.8	21.2	22.9	25.1	36.3
Terre-Neuve		0.3	1.8	0.9	1.0
Île-du-Prince-Édouard					
Nouvelle-Écosse	2.6	1.6	0.8	1.8	0.6
Nouveau-Brunswick	1.2	2.0	1.3	0.7	3.3
Québec	3.3	4.1	5.3	6.3	6.8
Ontario	3.6	4.5	6.7	6.3	13.0
Manitoba					0.5
Saskatchewan	0.1				
Alberta	9.9	3.4	2.9	3.9	4.5
Colombie-Britannique	10.2	5.3	4.3	5.2	6.3
Yukon	0.2	0.1	0.6		
Territoires du Nord-Ouest					1.0

* Banque nationale d'emplois. Classification canadienne et dictionnaire des occupations - Code 3157-110 pour les hygiénistes dentaires.

Source : Emploi et Immigration Canada. Données de la banque nationale d'emplois

N.B. : Il s'agit de postes vacants difficiles à combler qui sont annoncés sur le plan national par l'intermédiaire de réseaux de EIC raccordés à l'ordinateur. Les postes vacants sont effacés au bout de 30 jours à moins que la demande soit renouvelée.

Tableau 3.8

Nombre de nouveaux* postes vacants pour des hygiénistes dentaires dans la banque nationale d'emplois, Canada et provinces, 1983-1986**

	1983	1984	1985	1986	Année manquante***
Canada	106	109	122	135	17
Terre-Neuve	3	4	2	2	
Île-du-Prince-Édouard					
Nouvelle-Écosse	5	4	8	1	3
Nouveau-Brunswick	2	1	3	6	1
Québec	34	33	41	47	2
Ontario	21	24	21	32	2
Manitoba				1	
Saskatchewan					
Alberta	13	14	22	13	4
Colombie-Britannique	27	28	25	29	5
Yukon	1	1			
Territoires du Nord-Ouest				4	

* Il n'y a pas de double numération.
** Code #3157-110
*** L'année pendant laquelle ces postes vacants ont été enregistrés n'est pas indiquée.

Source : Emploi et Immigration Canada. Données de la banque nationale d'emplois.

Dans une étude du personnel sanitaire dans les quatre provinces de l'Ouest, Peat et Marwick (1983) recommandent de n'instituer aucun nouveau programme de formation en hygiène dentaire dans l'Ouest, mais de conserver les programmes existants en augmentant le nombre des inscriptions en Alberta. En Ontario, en se fondant strictement sur les chiffres actuels et des estimés pour l'avenir, l'Association dentaire de l'Ontario, le Collège royal des chirurgiens dentistes de l'Ontario et l'Association des hygiénistes dentaires de l'Ontario ont recommandé, en 1982, qu'on restreigne les inscriptions dans les écoles d'hygiène dentaire (ODA, 1982). Par ailleurs, d'après une étude des programmes d'hygiène dentaire menant au diplôme offerts en 1982 par les collèges des arts appliqués et des technologies (CAAT) de l'Ontario, la proportion des diplômées ayant trouvé un emploi environ cinq mois après la fin de leurs études était de 90,8 % (ministère des Collèges et Universités, 1983). Dans les rares cas où des diplômées se trouvaient en chômage alors qu'il y avait encore des emplois disponibles, la plupart du temps, ces personnes avaient failli à l'examen du Collège des chirurgiens dentistes de l'Ontario pour l'obtention du permis d'exercice dans la province. Qui plus est, les résultats d'un recensement de tous les dentistes au Canada en 1984 indiquent que seulement 35 % des dentistes exerçant en cabinet privé emploient au moins une hygiéniste dentaire à plein temps ou à temps partiel (Ellis, 1984). Une ventilation de ces données montre qu'il y aurait beaucoup de possibilités d'employer d'autres hygiénistes dans les cabinets privés et d'autres occasions d'emploi dans d'autres milieux proposés dans ce rapport. L'enquête menée en collaboration avec l'Université de Toronto par l'Association canadienne des hygiénistes dentaires, en mai 1987, devrait fournir d'autres données opportunes. Le recensement de toutes les hygiénistes dentaires du Canada est intitulé : L'hygiène dentaire au Canada - Profil actuel et orientation future. On s'attend à ce qu'il soit publié à l'été de 1988.

4. Profil actuel des hygiénistes dentaires au Canada

L'étude menée par Lewis (1981) fournissait des statistiques assez complètes à propos des hygiénistes dentaires au Canada, notamment les données suivantes qui sont fondamentales pour l'étude des questions de ressources humaines en hygiène dentaire :

Les hygiénistes dentaires au Canada sont en grande majorité de sexe féminin (plus de 97 %) et cette majorité se maintient en dépit de la tendance dans les autres professions de la santé où la dominance d'un groupe de sexe diminue tant au niveau des admissions dans les programmes de formation que dans la main-d'oeuvre. On trouve au tableau 3.9 la répartition femmes:hommes en pourcentage des hygiénistes dentaires au Canada de 1976 à 1983. Pour changer la prédominance des femmes dans l'exercice de l'hygiène dentaire, il faudrait élaborer des programmes de recrutement pour attirer les hommes dans la profession.

L'âge moyen des hygiénistes dentaires au Canada en 1983 était de 30,1 ans. Soixante pourcent étaient mariées et 48 % avaient des enfants à leur charge. Dans le tableau 3.10, on peut voir la répartition en pourcentage des hygiénistes dentaires au Canada, par groupe d'âge, entre 1976 et 1983.

Tableau 3.9
Répartition en pourcentage femmes:hommes des hygiénistes dentaires au Canada pour des années choisies, 1976-1983

	1976	1977	1978	1979	1981	1983
			pour cent			
FEMMES	97.7	97.6	97.6	97.5	97.6	97.9
HOMMES	2.3	2.4	2.4	2.5	2.4	2.1

Source : Statistique Canada, Main-d'oeuvre sanitaire, n° 83-230, 1976 et 1977 et Main-d'oeuvre sanitaire : rapports non catalogués, 1978, 1979, 1981 et 1983.

Tableau 3.10
Répartition en pourcentage des hygiénistes dentaires au Canada, par groupe d'âge pour des années choisies, 1976-1983

Groupe d'âge	1976	1977	1978	1979	1981	1983
Moins de 25	33.8	33.6	38.5	36.1	25.5	18.3
25 - 29	33.3	32.3	30.5	33.5	41.4	41.9
30 - 34	21.4	21.0	17.6	16.5	16.9	20.6
35 - 39	4.0	4.8	5.4	7.8	10.0	11.8
40 - 44	2.7	2.7	2.5	2.2	2.2	3.4
45 - 49	1.3	1.2	1.4	1.5	1.5	1.6
50+	1.3	1.4	1.2	1.2	1.5	1.8
Non indiqué	2.1	2.9	2.8	1.2	1.0	0.6

Source : Statistique Canada, Main-d'oeuvre sanitaire, n°. 83-230, 1976 et 1977 et Main-d'oeuvre sanitaire, rapports non catalogués, 1978, 1979, 1981 et 1983.

L'histoire de l'emploi des hygiénistes dentaires au Canada a fait l'objet de mythes tenaces et trompeurs. Le rapport préparé par Lewis et ses collaborateurs, en 1981, d'après les données de 1979, réfute bon nombre de ces mythes. En voici quelques exemples :

Mythe : Les hygiénistes dentaires ne restent pas longtemps au sein de la main-d'oeuvre active.

Réalité : D'après les données, une bonne part des anciennes diplômées des programmes d'enseignement de l'hygiène dentaire au Canada sont encore actives dans leur profession (tableau 3.11). On ne s'étonne pas que 79,5 % de celles qui ont obtenu leur diplôme en 1975 aient été encore actives quatre ans plus tard, mais il est tout aussi vrai que 66,7 % des diplômées de 1960 étaient encore actives en 1979. En outre, plus de la moitié des hygiénistes dentaires qui ont eu leur diplôme entre 1950 et 1959, 1940 et 1949 et avant 1940 exerçaient toujours leur profession en 1979.

Mythe : Les hygiénistes dentaires se marient, ont des enfants et ne reviennent plus sur le marché du travail - le taux d'attrition dû au mariage, à la grossesse et à l'éducation des enfants est très élevé.

Réalité : Il existe effectivement une relation entre la situation d'emploi et l'existence d'enfants à charge, mais elle n'est pas continue et de longue durée. Près de 42 % des hygiénistes dentaires canadiennes employées au moment où l'enquête a été menée (1979) ont déclaré qu'elles avaient travaillé de façon continue en hygiène dentaire, à temps partiel ou à temps plein, sans période de chômage. Soixante pourcent de celles qui ont répondu au questionnaire étaient mariées et 72 % de celles-ci travaillaient. Parmi les hygiénistes dentaires mariées qui avaient des enfants à charge (48 %), 60 % étaient encore actives dans leur profession. Parmi les hygiénistes dentaires ne faisant plus partie de la main-d'oeuvre, 83 % ont fait savoir que leur absence était temporaire et, habituellement, elles avaient cessé de travailler depuis un an ou moins.

Mythe : La plupart des hygiénistes dentaires travaillent à plus d'un endroit.

Réalité : D'après les résultats de l'enquête, en 1979, 81,5 % des hygiénistes dentaires ne travaillaient qu'à un seul endroit; 16,9 % avaient deux emplois et 1,6 % travaillaient à plus de deux endroits. C'est en Ontario et en Colombie-Britannique qu'il y avait le plus fort pourcentage d'hygiénistes dentaires travaillant à plus d'un endroit, soit 24,9 % et 22,8 % respectivement. Les pourcentages les plus faibles se trouvaient au Québec et en Saskatchewan, soit 5,1 % et 5,7 %.

Mythe : La plupart des hygiénistes dentaires travaillent à temps partiel.

Réalité : Les résultats de l'enquête montrent également que près de 80 % des hygiénistes dentaires canadiennes travaillent quatre jours ou plus par semaine. En moyenne, elles travaillent 4,3 jours ou 31,2 heures par semaine. Près de la moitié (49 %) travaillent plus de 34 heures par semaine.

Ces faits montrent que la vaste majorité des hygiénistes dentaires au Canada exercent effectivement leur profession. Un pourcentage beaucoup moins élevé d'hygiénistes dentaires sont sans emploi, alors que de 3 à 5 % travaillent dans d'autres domaines. On peut voir, au tableau 3.12, la répartition en pourcentage des hygiénistes dentaires au Canada d'après leur statut professionnel, pour des années choisies entre 1976 et 1983. Lewis et ses collaborateurs (1981) ont indiqué que 14 % des hygiénistes dentaires qui ont répondu à l'enquête étaient sans emploi, mais les données font ressortir que seulement 15 % du groupe des sans-emploi avaient quitté le marché du travail de façon permanente; près de 60 % avaient cessé leur activité pendant un an ou moins et seulement 20 % avaient été inactives pendant cinq ans ou plus. Seul un petit nombre d'hygiénistes dentaires sans emploi cherchaient activement du travail. Environ 85 % des hygiénistes dentaires sans emploi conservaient leur autorisation d'exercer et représentent, en tant que telles, un total d'environ 400 hygiénistes dentaires potentiellement disponibles.

Au Canada, l'élan initial pour le développement de l'hygiène dentaire en tant que profession est venu des ministères provinciaux de la santé publique (voir le chapitre II) et fut suivi par une augmentation, tant absolue que relative, des emplois dans le secteur privé de la dentisterie. En 1965, 31 % des hygiénistes dentaires étaient employées dans des services de santé publique; en 1981, le pourcentage avait diminué à 10 % (Johnson, 1982) bien que le nombre absolu des hygiénistes dentaires travaillant en santé communautaire ait augmenté. Par conséquent, une très grande part de l'information donnée jusqu'à présent sur l'emploi des hygiénistes dentaires se rapporte à l'exercice en cabinet privé. Au cours de la dernière décennie, plusieurs rapports ont contenu des recommandations à l'effet d'augmenter l'emploi des hygiénistes dentaires dans les établissements de soin et les services de santé communautaire (Johnson, 1982).

Pour certains postes en dehors des cabinets de dentistes, une formation dépassant le simple diplôme est nécessaire ou du moins hautement souhaitable. En 1979, seul un petit nombre d'hygiénistes dentaires actives avaient poursuivi leur formation et obtenu des crédits supplémentaires (Lewis et coll., 1981). Comme il n'existe, à l'heure actuelle, que deux programmes de perfectionnement en hygiène dentaire au Canada, à l'Université de Toronto et à l'Université de Montréal, et qu'on n'y accepte qu'un petit nombre de candidates, la plupart des crédits acquis après l'obtention du diplôme portent sur des disciplines autres que l'hygiène dentaire.

Tableau 3.11
Pourcentages d'hygiénistes dentaires actives au Canada par année d'obtention du diplôme, 1940 - 1979

Année de l'obtention du diplôme	Pourcentage d'hygiénistes dentaires actives
-1940	50.0
1949 - 49	57.1
1950 - 59	66.1
1960	66.7
1961	60.0
1962	81.3
1963	56.3
1964	68.3
1965	54.8
1966	60.0
1967	69.4
1968	65.7
1969	70.9
1970	65.6
1971	64.9
1972	79.1
1973	72.3
1974	77.8
1975	79.5
1976	89.3
1977	93.6
1978	96.6
1979	96.2

Source : Lewis et coll., Demographic and Employment Profile of Dental Hygienists in Canada 1979, 1981.

Tableau 3.12
Répartition en pourcentage des hygiénistes dentaires au Canada, d'après leur statut professionnel, pour des années choisies entre 1976 et 1983

Statut professionnel	1976	1977	1978	1979	1981	1983
			pour cent			
Employées en hygiène dentaire	78.0	79.6	81.2	80.8	82.4	81.0
Employées dans un autre domaine	3.0	3.3	3.6	3.6	4.9	3.8
Sans emploi	19.0	17.0	16.2	15.6	12.7	14.7

Source : Statistique Canada, Main-d'oeuvre sanitaire, n° 83-230, 1976 et 1977 et Main-d'oeuvre sanitaire, rapports non catalogués 1978, 1979, 1981 et 1983.

Au printemps de 1983, l'école d'hygiène dentaire de l'Université du Manitoba a mené une enquête grâce à une subvention à la recherche reçue du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social afin d'évaluer la demande de main-d'oeuvre et le degré de compétence désiré des diplômées en hygiène dentaire dans l'ouest du pays (Université du Manitoba, 1983). On a compté 183 postes à temps plein et 74 postes à temps partiel dans les domaines de l'éducation, de la santé publique, dans les établissements et dans d'autres milieux de travail similaires. Parmi les hygiénistes dentaires occupant ces postes, 76,4 % ne possédaient qu'un diplôme, 19 % avaient un baccalauréat et 4,6 % une maîtrise. Seulement 4,2 % possédaient un baccalauréat en hygiène dentaire. On exigeait au moins un baccalauréat pour 31,5 % des postes à plein temps examinés, mais une majorité des employeurs ont signalé qu'ils exigeraient un diplôme universitaire pour les postes d'enseignement à plein temps ou à temps partiel dans les universités et les collèges communautaires, pour les postes de consultantes en hygiène publique, et pour les postes de supervision en hygiène publique s'il y avait plus de candidates possédant un tel diplôme en hygiène dentaire ou dans un domaine connexe. L'instrument d'enquête mis au point pour cette étude peut être utile pour évaluer des demandes similaires de main-d'oeuvre dans le centre et l'est du Canada.

5. Nombre de dentistes

Les dentistes exerçant en cabinet privé sont les principaux employeurs d'hygiénistes dentaires au Canada : en 1983, plus de 82 % des hygiénistes dentaires travaillaient dans des cabinets privés (Statistique Canada, 1983). Il est donc nécessaire d'examiner le nombre de dentistes et les questions connexes parce que ces chiffres exercent une influence importante sur les ressources humaines en hygiène dentaire même s'il est possible qu'un plus grand nombre de postes soient ouverts, un jour, dans d'autres milieux.

Le tableau 3.13 contient le nombre total de dentistes actifs (à plein temps ou à temps partiel) au Canada par province de résidence, pour certaines années entre 1951 et 1986.

En pourcentage de changement dans le nombre des dentistes actifs au Canada, ces chiffres révèlent une augmentation de 40 % au cours de la décennie de 1976 à 1986; ce changement résulte de l'établissement de nouvelles écoles de médecine dentaire, de l'augmentation des étudiants inscrits dans les écoles déjà établies et de changements nets dans l'immigration des dentistes. Sauf pendant la période de 1951 à 1961, la croissance démographique n'a pas suivi l'augmentation du nombre des dentistes de sorte que les nombres d'habitants par dentiste ont diminué de 26,8 % entre 1971 et 1981. On peut voir au tableau 3.14 le changement du ratio population:dentiste au Canada pour certaines années entre 1951 et 1985 tandis qu'on voit, au tableau 3.15, le nombre d'habitants par dentiste en exercice par province de résidence et par année, entre 1976 et 1986.

Bien qu'il soit difficile de définir le meilleur rapport population:dentiste, il est clair que ce rapport a décru de façon constante. De même, les projections basées sur des données actuelles laissent à penser que cette tendance se poursuit. Voici quelques citations puisées dans la littérature à ce sujet au début des années 1980 :

- par rapport à 1961, il y a maintenant près de 1 000 patients potentiels de moins par dentiste en exercice (ACD, 1980);

- en 2001, il devrait y avoir 0,76 hygiéniste dentaire par dentiste contrairement à 0,32 à l'heure actuelle, soit une augmentation de plus de 200 % (ADC, 1982a,b,c).

Il est intéressant de remarquer que même si l'on prétend que les dentistes sont trop nombreux, on ne constate aucun signe de compétition agressive pour attirer les patients. D'après Born (1983), cela est dû à la "nature rigidement socialisée de la profession et au contrôle économique qu'elle exerce, ce qui permet aux dentistes de se protéger en évitant un marché vraiment compétitif, comme la libre entreprise". Ainsi, au lieu d'assister à une augmentation de la publicité par suite de l'augmentation du nombre des dentistes, à une augmentation des services dentaires dispensés par des personnes qui ne sont pas des dentistes

et à un marketing actif de ces services auprès de la moitié de la population qui ne reçoit pas de soins dentaires chaque année, on constate que : "chaque dentiste a tendance à se tailler sa propre part de la clientèle locale" (Born, 1983).

Peu importe que la commercialisation active des services dentaires change ou ne change pas, il est évident que pour planifier les ressources humaines, il faut bien connaître les problèmes de ressources humaines en dentisterie et les plans faits au niveau de l'effectif d'hygiénistes dentaires pour rectifier la situation.

Tableau 3.13

Nombre de dentistes autorisés actifs au Canada, par province de résidence pour certaines années entre 1951 et 1986

ANNÉE	TN	Î-P-É	N-É	N-B	QUÉ	ONT	MAN	SASK	ALTA	C-B	YUKON[a] TN.-O[a]	CANADA
1951												4 912
1961												5 865
1971												7 453
1976	103	42	247	161	2 013	3 928	375	276	793	1 443	20	9 401
1977	106	47	283	172	2 187	4 170	410	292	880	1 489	22	10 058
1978	116	44	304	176	2 274	4 276	422	302	923	1 595	19	10 451
1979	111	42	311	180	2 362	4 410	429	310	980	1 603	25	10 763
1980	110	40	309	183	2 469	4 510	439	322	1 027	1 658	28	11 095
1981	123	40	314	196	2 580	4 637	443	335	1 057	1 730	29	11 484
1982	129	42	322	198	2 651	4 809	450	341	1 128	1 773	37	11 880
1983	128	40	339	203	2 732	5 027	468	346	1 165	1 786	37	12 271
1984	135	44	352	211	2 782	5 177	486	364	1 202	1 828	43	12 624
1985	137	46	373	214	2 855	5 327	497	366	1 234	1 926	52	13 027
1986	137	47	381	229	2 859	5 425	508	376	1 271	1 889	42	13 164

Source : Santé et Bien-être social Canada - Personnel de la santé au Canada 1987.
Lewis, D.W. - Canadian Dental Manpower - Supply Distribution, Requirements, 1977

a - Certains services dentaires dans les territoires sont fournis par des dentistes, mentionnés ici, bien que résidents des provinces.

Tableau 3.14

Nombre d'habitants par dentiste autorisé, en exercice au Canada et pourcentage de changements pour certaines années entre 1951 et 1986

Année	Nombre d'habitants par dentiste	Pourcentage de changements pour cent
1969	3 055	-
1970	3 107	+ 1.7
1971	2 913	- 6.2
1972	2 883	- 1.0
1973	2 842	- 1.4
1974	2 659	- 6.4
1975	2 619	- 1.5
1976	2 463	- 6.0
1977	2 328	- 5.5
1978	2 262	- 2.8
1979	2 222	- 1.8
1980	2 183	- 1.8
1981	2 132	- 2.3
1982	2 080	- 2.4
1983	2 029	- 2.5
1984	1 988	- 2.0
1985	1 940	- 2.4
1986	1 937	- 0.2
1951 - 1961	2 791 to 3 047	+ 9.2
1961 - 1971	3 047 to 2 913	- 4.4
1971 - 1981	2 913 to 2 132	- 26.8
1981 - 1986	2 132 to 1 937	- 9.1

Source : Santé et Bien-être social Canada - Répertoire de la main-d'oeuvre sanitaire au Canada 1980, Personnel de la santé au Canada 1987

Tableau 3.15

Nombre d'habitants par dentiste autorisé en exercice actif par province de résidence et par année 1976-1986

Province	1976	1977	1978	1979	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986
Terre-Neuve	5 427	5 295	4 856	5 086	5 156	4 602	4 418	4 468	4 230	4 151	4 143
Ile-du-Prince-Édouard	2 833	2 564	2 764	2 917	3 060	3 063	2 933	3 115	2 859	2 748	2 698
Nouvelle-Écosse	3 369	2 953	2 764	3 713	2 741	2 704	2 654	2 543	2 468	2 338	2 302
Nouveau-Brunswick	4 234	3 994	3 922	3 855	3 802	3 547	3 538	3 477	3 363	3 320	3 102
Québec	3 111	2 874	2 778	2 693	2 597	2 500	2 439	2 372	2 337	2 287	2 298
Ontario	2 117	2 016	1 982	1 936	1 885	1 868	1 822	1 762	1 733	1 703	1 697
Manitoba	2 732	2 513	2 436	2 385	2 331	2 324	2 313	2 246	2 182	2 149	2 116
Saskatchewan	3 368	3 222	3 136	3 082	2 994	2 907	2 887	2 878	2 764	2 759	2 689
Alberta	2 377	2 223	2 193	2 149	2 146	2 165	2 067	2 007	1 946	1 912	1 866
Colombie-Britannique	1 722	1 697	1 613	1 645	1 639	1 604	1 581	1 587	1 566	1 497	1 540
Yukon	2 737	2 489	2 511	1 883	1 892	1 815	1 643	1 636	1 560	1 237	1 854
Territoires du Nord-Ouest	3 558	3 315	4 360	3 408	2 813	2 913	2 109	2 165	1 832	1 579	1 772
CANADA	2 463	2 328	2 262	2 222	2 174	2 132	2 080	2 029	1 988	1 940	1 937

Source : Santé et Bien-être social Canada - Personnel de la Santé au Canada 1986, 1987

6. Autres problèmes ayant trait au besoin de ressources humaines en hygiène dentaire

Si les faits relatés jusqu'à présent semblent tracer un tableau incertain si le nombre des dentistes continue à augmenter, les projections sont fondées sur des hypothèses qui pourraient bien ne pas être appuyées par des données empiriques. Cela est particulièrement vrai dans le cas de l'exercice de l'hygiène dentaire parce que la majorité des études des ressources humaines ont été menées pour des organismes dentaires et les observations de même que les recommandations ont été fortement influencées par les intérêts politiques et économiques des organismes qui les ont faites.

En fait, à l'heure actuelle, la planification des ressources humaines en santé dentaire est fondée sur plusieurs prémisses qui demeurent incertaines : notamment que l'incidence et la prévalence actuelles de la maladie dentaire ne varieront pas, que les régimes d'assurance dentaire privés ou publics n'augmenteront guère, que la prestation de soins assurée par du personnel dentaire autre que les dentistes demeurera à son niveau actuel et que les types de fonctions des dispensateurs de soins dentaires ne changeront pas.

En contraste avec ces suppositions, les publications sur la recherche dans le domaine dentaire révèlent une diminution de la carie dentaire et, par conséquent, une augmentation de la conservation des dents qui pourrait bien détourner l'attention vers les maladies du parodonte. La prévention et le traitement précoce de la maladie parodontaire sont des rôles importants que les hygiénistes dentaires peuvent assumer dans les cabinets de dentistes ou les services publics où l'on s'occupe de ce problème.

De plus, la population du Canada est en train de se modifier : le nombre des personnes de plus de 65 ans augmente tandis que la proportion des jeunes enfants diminue. Cette situation associée au fait que les gens conservent leurs dents plus longtemps augmente le besoin de programmes de prévention bien pensés qui pourraient être appliqués par des hygiénistes dentaires. De tels programmes comporteraient des soins tels que des détartrages et des nettoyages à intervalles réguliers, des applications topiques de fluorure, la dispensation de conseils en matière de nutrition et l'enseignement des méthodes d'hygiène buccale; tous ces services peuvent être dispensés par des hygiénistes dentaires.

Le besoin de soins préventifs augmentant, il faut se demander s'ils peuvent ou s'ils vont être dispensés principalement dans les cabinets de dentistes. Les gouvernements provinciaux semblent s'intéresser davantage à la question de l'accès aux soins dentaires. Les établissements de soins prolongés, les établissements carcéraux, les hôpitaux, les maisons pour les déficients intellectuels et les handicapés, les écoles et les centres de santé communautaire sont des endroits où des hygiénistes dentaires ayant reçu une formation appropriée pourraient dispenser un bon nombre de ces services. Les auteurs de l'étude d'évaluation des ressources humaines de l'Université du Manitoba (Université du Manitoba, 1983) mentionnent d'autres compétences particulières en hygiène dentaire qui seraient utiles dans ces milieux.

Si les gouvernements décidaient que la communauté a une responsabilité plus vaste dans le domaine des soins de santé dentaire qu'à l'heure actuelle, le contrôle des honoraires des dispensateurs de soins sera également un facteur important. Les hygiénistes dentaires pourraient dispenser des services préventifs et certains services thérapeutiques à un moindre coût que les dentistes. Lorsqu'on fait des prévisions des ressources humaines, si l'on suppose que la prestation de services dentaires par d'autres personnes que des dentistes va demeurer constante et que le mode de prestation de services ne va pas changer, on est immédiatement influencé et empêché d'aborder les questions de ressources humaines de façon plus souple.

En dépit de l'augmentation spectaculaire du nombre des hygiénistes dentaires au cours de la dernière décennie, il n'y a pas d'excédent

prouvé. En 1987-1988, certains gouvernements provinciaux ont soulevé quelques préoccupations quant à une pénurie d'hygiénistes dentaires dans leurs territoires. Dans la province d'Alberta, les hygiénistes ont été perçus comme le groupe professionnel possédant le taux le plus élevé de vacances lors d'un sondage effectué en 1987 auprès des employeurs dans le domaine des services sociaux et de la santé (Comité des disciplines de la santé et des services sociaux de l'Alberta). Comme nous l'avons indiqué précédemment, l'Ontario a accru son engagement en ce qui a trait au nombre d'hygiénistes dentaires (Ministère des Collèges et des Universités, 1987). Ceci est démontré par le fait que les diplômées en hygiène dentaire ne rencontrent presque pas de difficulté à se trouver un emploi à moins qu'elles ne posent elles-mêmes des restrictions et refusent, par exemple, d'aller travailler dans une autre ville ou dans un type de bureau. De plus, si les données devaient clairement démontrer un excédent, l'effectif d'hygiénistes dentaires peut être réduit rapidement en diminuant les admissions dans les programmes de formation de deux ans. Pour que cette réponse puisse se produire tout en maintenant un mécanisme pour pouvoir augmenter le nombre des diplômées en hygiène dentaire à l'avenir, il serait préférable ou de diminuer le nombre d'étudiants dans chaque classe ou de dispenser le programme d'enseignement tous les deux ans plutôt que de faire disparaître complètement certains programmes.

Ces autres questions de besoin de ressources humaines en hygiène dentaire devraient porter les responsables de la formation des hygiénistes dentaires à ne pas réagir de façon exagérée à l'accroissement du nombre des hygiénistes dentaires. Il faut espérer que ceux qui doivent planifier les ressources humaines vont examiner non seulement les résultats des études sur le sujet et évaluer les recommandations qu'elles contiennent, mais qu'ils tiendront également compte des hypothèses sur lesquelles ces dernières sont fondées.

7. Conclusions

Deux articles de chercheurs dans le domaine des ressources humaines et un rapport font ressortir la difficulté d'évaluer des besoins de ressources humaines en santé dentaire. Les auteurs d'un des articles (Waldman et Pollack, 1980) affirment que "la présentation de chiffres réels, de prévisions... et de ratios... varie largement suivant ceux qui rédigent les rapports et l'objet de leurs travaux". L'auteur de l'autre article (Born, 1981) déclare que : "L'enjeu, c'est la santé de la population, les revenus à venir des dentistes, un montant indéterminé d'impôt et le gagne-pain de plusieurs milliers d'éducateurs en santé dentaire...". De plus, dans un rapport explicite sur l'évaluation des ressources humaines, on fait remarquer que : "la planification des ressources humaines est une entreprise politique; les valeurs et les impressions subjectives jouent un rôle important dans la plupart des études sur ce sujet" et les auteurs poursuivent en disant que : "la vraie faiblesse et le défi qui s'ensuit se situent au niveau de l'acquisition des données pour faire ces calculs et non pas au niveau des techniques d'analyse, " (DeFriese et Barker, 1982).

Même si l'on tient des statistiques à propos des dentistes et des hygiénistes dentaires, il serait bon d'élaborer une méthode plus perfectionnée et plus précise pour suivre l'évolution de la main-d'oeuvre dentaire, afin de pouvoir prendre des décisions éclairées. Dans un rapport technique (ADC, 1982b), on présente un modèle informatique de simulation des ressources humaines qui peut, avec ses données concomitantes, fournir un aperçu des résultats possibles de divers changements envisagés. Ce dont on a besoin depuis longtemps, c'est d'un modèle pour prédire les besoins de ressources humaines en hygiène dentaire, qui tienne compte des changements aux niveaux des fonctions et des milieux d'exercice de tout le personnel dentaire.

Aucune étude des ressources humaines portant sur les hygiénistes dentaires ou les dentistes ne doit être menée sans tenir compte de l'évolution de la demande de soins, de l'accroissement de la productivité de l'équipe dentaire, de la modification de l'attitude du public et des professionnels et des rôles éventuels de tous les dispensateurs de soins dentaires. Il faut, en outre, reconnaître qu'il existe des facteurs difficiles à classer comme les recherches éventuelles et l'évolution de la technologie, qui pourraient influencer sensiblement les mesures de prévention et le traitement de la maladie dentaire.

On invite le lecteur à prendre connaissance du sondage et du recensement effectués auprès des hygiénistes dentaires en 1987 pour obtenir des renseignements plus à jour à ce sujet.

BIBLIOGRAPHIE

Comité spécial d'étude sur les auxiliaires dentaires

1970 Rapport du Comité spécial d'étude sur les auxiliaires dentaires, Ottawa : Information Canada.

Born, D.O.

1983 Reducting the Cost of Dental Care, University of Minnesota Press, Minneapolis.

1981 "Issues in Forecasting Graduate Dental Education Manpower Supply and Requirements", Journal of Dental Education, juin, p. 362-373.

Association dentaire canadienne

1982a Rapport du Bureau des gouverneurs, Association dentaire canadienne, Ottawa, mars.

1982b Prévision de ressources en personnel, 1981-2001 - Rapport technique, Association dentaire canadienne, Ottawa.

1982c Étude des ressources en personnel : perspectives d'avenir d'ici à l'an 2001, Association dentaire canadienne, Ottawa.

1980 Dental Health of Canadians - A Perspective, Health Services Review Presentation Report, Canadian Dental Association, Ottawa.

De Friese, G.H. et Barker, B.D.

1982 Assessing Dental Manpower Requirements - Alternative Approaches for State and Local Planning. Cambridge : Ballinger Publishing Co.

Ellis, R.

1984 Survey of Canadian Dentists Related to Group vs. Solo Practice, University of Alberta (inédit).

Santé et Bien-être social Canada.

1987 Personnel de la santé au Canada 1987. Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, Canada.

1977 Répertoire de la main-d'oeuvre sanitaire au Canada 1976.

1970 Répertoire de la main-d'oeuvre sanitaire au Canada 1969.

Comité des disciplines de la santé et des services sociaux de l'Alberta

1987 Personnel de la santé et des services travaillant en Alberta, mars.

House, R.K.

1980 Report on Dentistry, British Columbia, Saskatchewan and Manitoba, R.K. House Associates, Toronto.

Johnson, P.

1982 Dental Hygiene Practice Settings - Moving into the 1980's, ouvrage présenté pour l'obtention d'un BScD et document de travail, Groupe de travail sur l'exercice de l'hygiène dentaire, Santé et Bien-être social Canada. Université de Toronto, avril 1982.

Johnson, P. et Jones, L.

1979 "The Dental Hygiene Data Bank : Update on the Results of the Statistics Canada Surveys of Canadian Dental Hygienists", The Canadien Dental Hygienist, hiver, 88-93.

Lewis, D.W.

1981 Research into Dental Manpower in Ontario - A Summary of Concerns and Findings, University of Toronto : Dental Health Care Services Research Unit.

Lewis, D.W. et Brown, B.J.

1977 Canadian Dental Manpower - Supply, Distribution, Requirements, University of Toronto : Dental Health Care Services Research Unit.

Lewis, D.W., Wollis, E.R. et Lines, E.A.
1979 Historical Trends in the Supply of Dentists and Dental Hygienists in Ontario, University of Toronto : Dental Health Care Services Research Unit.

Lewis, D.W., Pierce, M.H., Carsjo, K. et Andrews, P.
1981 Historical Trends in the Supply of Dentists and Dental Hygienists in Ontario, University of Toronto : Dental Health Care Services Research Unit.

McFarlane, B.A.
1965 Dental Manpower in Canada, Royal Commission on Health Services, Ottawa.

Ministère des Collèges et Universités, Ontario
1987 Lettre au président de l'Association des hygiénistes dentaires de l'Ontario de la part de W. Summers au sujet de l'augmentation des quotas d'admission dans les programmes de formation en hygiène dentaire en Ontario, mai.
1983 A Survey of the 1982 Graduates of Dental Hygiene Programs Offered by Colleges of Applied Arts and Technology, Toronto : Special Projects Office.

Peat Marwick and Partners.
1982 "Dental Occupations", Section III, Part I, Western Canada Health Manpower Training Study, Peat Marwick Co., Edmonton.

Ontario Dental Associaton.
1982 "Manpower", ODA Action News, Toronto, avril.

University of Manitoba
1983 Assessing Manpower Demand and Desired Skills for Degree Graduates in Dental Hygiene, University of Manitoba, Winnipeg.

Waldman, H.B. et Pollack, B.R.
1980 "Risks in Forecasting in the Health Field ", Journal of American Colleges of Dentists, July, pp. 149-163.

Statistique Canada
1976 Main-d'oeuvre sanitaire, N^{O} 83-230
1977

Statistique Canada
1978 Main-d'oeuvre sanitaire, rapports non catalogués
1979
1981
1983

IV
FORMATION

1. Introduction

Le premier programme d'enseignement de l'hygiène dentaire au Canada a été établi en 1951, à l'Université de Toronto. Cette initiative fut suivie, en 1956, par la création d'un programme dans les Forces armées canadiennes, à Ottawa. Durant les années 1960 et 1970, cinq autres programmes d'enseignement de l'hygiène dentaire ont vu le jour dans les facultés de médecine dentaire des universités canadiennes. Plusieurs programmes ont été établis dans des collèges communautaires au Québec, en Ontario, et en Saskatchewan au cours des années 1970. Voici une brève chronologie de l'enseignement de l'hygiène dentaire au Canada :

1950 - Établissement d'un comité d'agrément sur la formation en hygiène dentaire - Conseil de l'éducation de l'ADC, Comité d'enquête sur les politiques, par l'Association dentaire canadienne

1951 - Établissement du premier programme d'enseignement de l'hygiène dentaire au Canada à la faculté d'art dentaire de l'Université de Toronto

1953 - Année où les six premières hygiénistes dentaires de l'université de Toronto ont reçu leur diplôme

1956 - Début d'un programme d'enseignement pour les hygiénistes dentaires dans les Forces armées canadiennes à Ottawa (Ontario)

1958 - Transfert du programme d'enseignement pour les hygiénistes dentaires militaires à l'École des services dentaires des Forces canadiennes à la base de Borden (Ontario)

1961 - Établissement de l'École d'hygiène dentaire de l'Université Dalhousie
- Établissement du programme pour les auxiliaires dentaires à l'Université de l'Alberta

1963 - Établissement de l'École d'hygiène dentaire de la faculté d'art dentaire de l'Université du Manitoba
- Fin de cours des premières diplômées en hygiène dentaire à l'Université de l'Alberta et à l'Université Dalhousie
- Début de l'accréditation des programmes d'enseignement de l'hygiène dentaire par le Conseil de l'éducation et de l'agrément de l'Association dentaire canadienne

1965 - Remise des premiers diplômes en hygiène dentaire à l'Université du Manitoba

1968 - Établissement du programme d'hygiène dentaire à la factulté d'art dentaire de l'Université de la Colombie-Britannique

1970 - Fin des études des premières diplômées en hygiène dentaire à l'Université de la Colombie-Britannique

1971 - Établissement du premier programme de baccalauréat en hygiène dentaire à la faculté de médecine dentaire de l'Université de Montréal

1972 - Début du programme d'enseignement de l'hygiène dentaire dans six collèges d'enseignement général et professionnel (CEGEP) au Québec

1973 - Début du programme d'enseignement de l'hygiène dentaire au CEGEP John Abbott

1974 - Établissement du premier programme d'enseignement de l'hygiène dentaire dans un collège communautaire en Ontario (au Collège Algonquin, à Ottawa)
- Première collation des diplômes en hygiène dentaire à l'Université de Montréal

1976 - Établissement de dix autres programmes d'enseignement de l'hygiène dentaire dans des collèges communautaires en Ontario

1977 - Établissement du programme de perfectionnement à l'Université de Toronto conférant un baccalauréat es sciences en dentisterie pour les hygiénistes dentaires - BScD (HD)
- Dernière année où il y a eu des diplômées du programme de formation des hygiénistes dentaires à l'Université de Toronto

1979 - Début du programme d'hygiène dentaire au Wascana Institute de Regina (Saskatchewan); c'était un programme de perfectionnement pour les infirmières dentaires qui sont maintenant appelées thérapeutes dentaires

1979 - Remise des diplômes aux premières bachelières du programme de BScD (HD) de l'Université de Toronto

1979 - Établissement du programme de perfectionnement à l'Université de Montréal

1986 - Fin du programme d'enseignement de l'hygiène dentaire menant à un diplôme à l'Université de Colombie-Britannique
- Établissement du premier programme de formation en hygiène dentaire dans un collège communautaire de Colombie-Britannique, au Vancouver Community College
- Établissement de programmes d'hygiène dentaire dans les CEGEP de Hull et de Chicoutimi, au Québec

1987 - Établissement d'un programme d'hygiène dentaire au College of New Caledonia, à Prince George (Colombie-Britannique).

2. Programmes universitaires

Au début, les programmes de formation en hygiène dentaire au Canada avaient une durée de deux ans. Ils se donnaient dans les facultés d'art dentaire à l'Université de Toronto, à partir de 1951, à l'Université Dalhousie et à l'Université de l'Alberta, à partir de 1961, à l'Université du Manitoba, à partir de 1963 et à l'Université de Colombie-Britannique, depuis 1968. A l'exception de celui de l'Alberta, ces programmes bénéficiaient au départ de subventions de la Fondation W.K. Kellogg (Dimitri et Voris, 1978). L'Alberta bénéficiait de subventions nationales à la santé.

Dès 1968, on avait reconnu la nécessité de créer des programmes de baccalauréat en hygiène dentaire pour préparer des enseignants en hygiène dentaire ou en assistance dentaire, des coordonnateurs et des experts-conseils en matière de santé publique ainsi que des chercheurs. Une déclaration dans ce sens a été faite par des éducateurs canadiens en santé dentaire lors d'une rencontre, en octobre 1968, à London (Ontario) et elle fut transmise aux doyens des facultés d'art dentaire, aux dirigeants de l'Association dentaire canadienne, aux divers groupes de spécialistes dans le domaine de la santé dentaire, aux secrétaires généraux des associations dentaires provinciales, aux directeurs des services publics de santé dentaire dans les provinces et aux présidents des associations nationales et provinciales d'hygiène dentaire.

Une recommandation semblable était faite dans le rapport du Comité spécial d'étude sur les auxiliaires dentaires. (Comité spécial d'étude sur les auxiliaires dentaires, 1970).

L'Université de Montréal fut le premier établissement d'enseignement canadien à offrir un programme de baccalauréat (BSc) en hygiène dentaire. Le programme d'une durée de trois ans, qui a donné ses premières diplômées en 1974, devait préparer des enseignantes pour les programmes de formation en hygiène dentaire qui devaient être établis dans certains collèges d'enseignement général et professionnel. Le programme d'enseignement de base menant à l'obtention d'un diplôme en hygiène dentaire fut continué jusqu'en 1979, puis remplacé par un programme menant à l'obtention d'un certificat pour les hygiénistes dentaires diplômées des

CEGEP. Pour s'inscrire à l'ancien programme de baccalauréat de l'Université de Montréal, il fallait un diplôme de CEGEP avec spécialisation en science de la santé (Lussier, 1981). Jusqu'à présent, 33 hygiénistes dentaires ont obtenu leur certificat après avoir suivi ce programme (Pépin, 1985). La nécessité pour les hygiénistes dentaires de poursuivre leurs études au-delà du diplôme a été exprimée par les représentantes de la profession au Québec. On a exprimé le désir que l'actuel programme de certificat soit conservé et périodiquement révisé pour répondre aux demandes de main-d'oeuvre (Goudreault, 1985).

En 1977, l'Université de Toronto instaurait un programme de perfectionnement de deux ans menant à l'obtention d'un BScD (DH) et mettait fin, la même année, à son programme de deux ans menant au diplôme. A ce moment, des programmes menant au diplôme avaient été établis dans certains collèges communautaires de l'Ontario (Dimitri et Voris, 1978).

Le besoin de programmes de baccalauréat en hygiène dentaire dans l'Ouest du Canada a récemment été examiné par un chercheur de l'Université du Manitoba (Université du Manitoba, 1983). Les résultats de cette enquête révèlent une demande qui justifie l'établissement d'au moins un programme de baccalauréat en hygiène dentaire dans une université de l'ouest du pays. L'étude comportait l'élaboration d'un instrument pour évaluer la nécessité d'un baccalauréat en hygiène dentaire et les compétences souhaitables. Cet instrument devrait être utile pour estimer des besoins similaires dans les régions du centre et de l'est du Canada.

Lewis a découvert que depuis 1979, 41 % des hygiénistes dentaires canadiennes avaient suivi des cours de perfectionnement. Ceci révèle un grand intérêt pour l'éducation permanente parmi les hygiénistes dentaires canadiennes.

3. Programme des Forces armées canadiennes

Les Forces armées canadiennes ont commencé un programme pour préparer des hygiénistes dentaires au milieu des années 1950, à Ottawa (Ontario). L'école fut déménagée à la base de Borden (Ontario) en 1958. Il s'agit d'un programme basé sur la compétence qui comporte des cours magistraux en plus d'une formation sur le tas et plusieurs années d'expérience avant d'être promu du rôle d'assistant dentaire à la fonction d'hygiéniste dentaire ou de thérapeute dentaire (Mountain, 1982).

4. Programmes des collèges communautaires

En 1970, le Comité Wells recommandait, entre autres choses, que des programmes de formation en hygiène dentaire soient instaurés dans les collèges communautaires (Comité spécial d'étude sur les auxiliaires dentaires, 1970).

Au Québec, des programmes de formation en hygiène dentaire furent établis dans six collèges francophones d'enseignement général et professionnel (CEGEP), en 1972 et un CEGEP anglophone, en 1973. Deux autres programmes d'enseignement pour les francophones furent établis en 1982 et deux autres encore en 1986. Dans ces collèges, les programmes de formation en hygiène dentaire couvrent les trois années de CEGEP.

En 1974, le premier programme de formation en hygiène dentaire à être donné dans un collège des arts appliqués et de la technologie fut inauguré au Algonquin College d'Ottawa (Ontario). Au début, c'était un cours d'une durée de trois ans, la première année portant sur les sciences de la santé et les deux années suivantes, plus directement, sur l'hygiène dentaire (Chatwin, 1975). En 1977, le programme fut modifié et une année d'enseignement de l'hygiène dentaire fut donnée après une année de formation comme assistante dentaire. L'année précédente, soit en 1976, dix autres collèges des arts appliqués et de la technologie de l'Ontario avaient inauguré des programmes de formation en hygiène dentaire. Dans tous les cas, la formation d'assistante dentaire était un prérequis. Un programme additionnel fut établi en 1977.

Collèges d'enseignement général et professionnel (CEGEP)

Édouard-Montpetit	- Longueuil
François-Xavier Garneau	- Sillery
John Abbott	- Sainte-Anne-de-Bellevue
Maisonneuve	- Montréal
Saint-Hyacinthe*	- Saint-Hyacinthe
Saint-Jérôme**	- Saint-Jérôme
Trois-Rivières	- Trois-Rivières
De l'Outaouais	Hull
Chicoutimi	- Chicoutimi

* Autrefois appelé Cégep Bourgchemin.
** Programme supprimé en mai 1979.

Collèges des arts appliqués et de la technologie de l'Ontario (CAAT)

Algonquin	- Ottawa
Cambrian	- Sudbury
Canadore	- North Bay
Confederation	- Thunder Bay
Durham	- Oshawa
Fanshawe	- London
George Brown	- Toronto
Georgian	- Barrie
Niagara	- Welland
Seneca	- Toronto
St. Clair	- Windsor

Tableau 4.1
Programmes de formation en hygiène dentaire au Canada
1988

Programme Établissement et niveau	Endroit	Année de la première collation de diplômes
UNIVERSITÉ - BACCALAURÉAT		
Université de Montréal[1]	Montréal (Qué.)	1974
Université de Toronto	Toronto (Ont.)	1979
UNIVERSITÉ - DIPLÔME		
Université Dalhousie	Halifax (N.-É.)	1963
Université de Toronto[3]	Toronto (Ont.)	1953
Université du Manitoba	Winnipeg (Man.)	1965
Université de l'Alberta	Edmonton (Alta.)	1963
Université de la Colombie-Britannique[9]	Vancouver (B.-C.)	1970
CEGEP - DIPLÔME		
Édouard-Montpetit	Longueuil (Qué.)	1975
François-Xavier Garneau	Sillery (Qué.)	1975
John Abbott	Sainte-Anne-de-Bellevue (Qué.)	1976
Maisonneuve	Montréal (Qué.)	1975
Saint-Hyacinthe[4]	Saint-Hyacinthe (Qué.)	1975
Saint-Jérôme[5]	Saint-Jérôme (Qué.)	1975
Trois-Rivières	Trois-Rivières (Qué.)	1975
De l'Outaouais	Hull (Qué.)	1989
Chicoutimi	Chicoutimi (Qué.)	1989
CAAT - DIPLÔME		
Algonquin[6]	Ottawa (Ont.)	1976
Cambrian	Sudbury (Ont.)	1978
Canadore	North Bay (Ont.)	1977
Confederation[7]	Thunder Bay (Ont.)	1977
Durham	Oshawa (Ont.)	1977
Fanshawe	London (Ont.)	1977
George Brown	Toronto (Ont.)	1977
Georgian	Barrie (Ont.)	1977
Niagara	Welland (Ont.)	1977
Seneca	Toronto (Ont.)	1977
St. Clair	Windsor (Ont.)	1977
AUTRES - DIPLÔME		
École de services dentaires des Forces canadiennes	Borden (Ont.)	1957
Wascana Institute of Applied Arts and Sciences[8]	Regina (Sask.)	1980
Vancouver Community College[10]	Vancouver	1987
College of New Caledonia	Prince George (C.-B.)	1989

1 Depuis 1979, cours de perfectionnement menant au baccalauréat (BSc).
2 Les programmes offrent une formation en vue de fonctions élargies (restauration).
3 Depuis 1977, le programme menant au diplôme a été remplacé par un programme de deux ans menant au BScD (DH).
4 Autrefois appelé Bourgchemin.
5 Programme supprimé en mai 1979.
6 Le collège Algonquin offre des programmes d'hygiène dentaire dans les deux langues officielles.
7 Le Confederation College offre un programme de formation en hygiène dentaire tous les deux ans.
8 Programme ouvert uniquement aux thérapeutes dentaires autorisées.
9 Programme disparu en mai 1986.
10 Les diplômées de 1986 ont étudié, la première année, à l'Université de la Colombie-Britannique et, la deuxième année, au VCC.

En 1979, le Wascana Institute of Applied Arts and Sciences de Regina (Saskatchewan) offrit un programme de formation en hygiène dentaire aux diplômées d'un programme de deux ans pour les infirmières dentaires. Jusqu'en 1986, ce programme fut le seul dispensé dans un collège communautaire dans l'Ouest du pays. Les diplômées du cours d'infirmière dentaire, maintenant appelées thérapeutes dentaires, peuvent également compléter en un an les études requises pour obtenir le diplôme d'hygiéniste dentaire à l'Université du Manitoba, parce qu'on leur accorde des équivalences dans plusieurs matières. A la même époque, le Vancouver Community College a établi un programme d'enseignement menant au diplôme d'hygiéniste dentaire au moment où l'Université de la Colombie-Britannique mettait fin à son programme, en 1986. Le College of New Caledonia, à Prince George (C.-B.), a accueilli les premières étudiantes en hygiène dentaire en septembre 1987.

Le tableau 4.1 contient une liste de tous les programmes de formation en hygiène dentaire dispensés au Canada en 1987. On y indique le niveau du programme, l'endroit où il est dispensé et l'année où les premières diplômées ont (auront) terminé leurs études.

5. Nombre de programmes

Au Canada, le nombre des programmes de formation en hygiène dentaire au niveau du diplôme est passé à 23 en 1981 depuis l'inauguration du premier et unique cours en 1960. Un programme ouvert au CEGEP de Saint-Jérôme, dans la province de Québec, a pris fin en 1979. L'Université de la Colombie-Britannique a mis fin à son programme en 1986. En 1987, le nombre des programmes de formation en hygiène dentaire au niveau du diplôme est de 26. Comme il a été mentionné au chapitre III du présent rapport, certains craignent qu'il y ait trop de programmes, du moins dans le centre du pays, pour conserver un équilibre raisonnable entre le nombre des diplômées et les occasions d'emploi.

6. Conditions préalables à l'admission dans les programmes de formation des hygiénistes dentaires

Les exigences varient d'une province à l'autre et suivant le genre d'établissement dans lequel l'enseignement est dispensé. La plupart des écoles d'hygiéniste dentaire exigent un diplôme d'études secondaires ou l'équivalent de l'immatriculation senior. A l'Université de la Colombie-Britannique, on exigeait un an d'université, ce qui s'applique encore au Vancouver Community College.

Le programme de l'Université de Toronto menant au BScD requiert un diplôme d'un programme universitaire d'enseignement de l'hygiène dentaire ou un diplôme d'un collège d'enseignement des arts appliqués et des technologies (CAAT) et une année d'études à l'université. L'actuel programme de baccalauréat offert à l'Université de Montréal propose des études dans trois domaines principaux (en vue d'un certificat) aux diplômées en hygiène dentaire. Auparavant, pour étudier au niveau du baccalauréat à l'Université de Montréal, il fallait un diplôme de CEGEP en sciences de la santé (French, 1978).

Pour être admis au cours d'hygiène dentaire dans les collèges d'enseignement des arts appliqués et des technologies de l'Ontario, il faut avoir terminé des études d'assistante dentaire ou l'équivalent, par exemple le certificat d'assistante dentaire obtenu en Ontario. Les CEGEP du Québec admettent des étudiantes en hygiène dentaire après le secondaire.

7. Formation et mobilité professionnelle pour le personnel dentaire

On s'est souvent inquiété du manque de mobilité professionnelle sur le plan vertical et sur le plan horizontal à propos du personnel dentaire auxiliaire. Ces préoccupations ont été clairement exprimées lors de la Conférence sur les auxiliaires dentaires tenue en 1974 par l'Association dentaire canadienne (Association dentaire canadienne, 1974). Deux façons

d'augmenter la mobilité par le biais de la formation ont été décrites. Il s'agit de "l'échelle de carrière" et des "options de carrière".

Échelle de carrière

L'échelle de carrière repose en principe sur une relation verticale au niveau de la formation entre les assistantes dentaires et les hygénistes dentaires. Dans ce système, les étudiantes se préparent d'abord à devenir assistante dentaire, puis elles complètent leur formation pour devenir hygiéniste dentaire. C'est dans les Forces armées qu'on trouve la plus ancienne structure de ce genre. Dans l'armée, on peut passer de l'échelon d'assistante dentaire à celui d'hygiéniste dentaire puis à celui de thérapeute dentaire (Mountain, 1982).

En 1983, l'Université de l'Alberta a proposé le concept d'intégration du programme d'hygiène dentaire/assistante dentaire. Le concept repose sur le principe des équivalences. Si l'on considère le cours d'hygiène dentaire dans sa forme actuelle, les étudiantes du programme d'assistante dentaire du Northern Alberta Institute of Technology et du Southern Alberta Institute of Technology pourraient obtenir des équivalences en suivant un cours informatisé avant d'être admises au programme d'hygiène dentaire de l'Université de l'Alberta. Ce concept est plus axé sur la matière étudiée que sur le nombre d'années d'études en ce sens qu'il ne prévoit pas d'accorder un crédit d'une année. Des crédits individuels peuvent être accordés pour certains cours suivis au niveau du programme de formation des assistantes dentaires (Zier, 1983).

Le concept de l'échelle de carrière a été adopté pour l'élaboration des programmes de formation en hygiène dentaire dans les collèges communautaires de l'Ontario. Au départ, il fallait avoir obtenu un diplôme d'assistante dentaire ou avoir réussi à l'examen d'un comité de révision pour être admise au cours d'assistante dentaire spécialisée en prévention. Il fallait, par ailleurs, obtenir ce statut pour être acceptée à un stage de quatre mois. Par conséquent, en 1976, les programmes de formation des assistantes dentaires comportaient deux niveaux. Au deuxième niveau, on acquérait les connaissances nécessaires à l'exercice de l'hygiène dentaire. Mais des changements apportés aux règlements de 1977 ont permis aux étudiantes au deuxième niveau d'obtenir un diplôme d'hygiéniste dentaire. Au cours de la première année, certains collèges ont offert l'enseignement aux deux niveaux, alors que d'autres offraient des programmes intégrés menant uniquement au diplôme d'hygiéniste dentaire. Parmi ces derniers, certains offraient en outre des programmes de formation distincts pour les assistantes dentaires spécialisées en soins préventifs (Strevens, 1983; Ono, 1982).

En Ontario, les programmes de formation pour les assistantes dentaires spécialisées en soins préventifs ont disparu au début de 1979. A ce moment, le concept de l'échelle s'appliquait, en Ontario, aux assistantes dentaires ne possédant pas de certificat, aux assistantes dentaires dûment autorisées, aux hygiénistes dentaires et aux hygiénistes dentaires ayant des fonctions élargies. Un autre changement dans le processus d'admission aux collèges communautaires, qui est survenu en 1978, a causé quelques problèmes parce qu'à l'heure actuelle, toute assistante dentaire autorisée peut demander d'être admise dans une école d'hygiène dentaire. Au départ, seules les assistantes dentaires diplômées pouvaient être admises dans les programmes de formation en hygiène dentaire. Le problème est compliqué du fait qu'on accepte un plus petit nombre d'étudiantes dans les programmes de formation en hygiène dentaire que dans les programmes de formation d'assistantes dentaires. La compétition est donc forte et les étudiantes des programmes d'assistantes dentaires se font une lutte serrée. Au cours des années, la plupart des collèges en sont venus à exiger au moins une année d'expérience en tant qu'assistante dentaire avant d'accepter une étudiante dans le programme d'hygiène dentaire. Mais le processus de sélection des candidates varie et la majorité des collèges font passer une forme quelconque d'examen d'entrée (soit des épreuves de connaissances ou des épreuves de dextérité) pour départager les candidates. Dans quelques collèges, les candidates sont choisies au hasard après qu'on a vérifié qu'elles ont le minimum de connaissances requis (Ono, 1983).

En 1983, le Collège royal des chirurgiens dentistes de l'Ontario faisait parvenir au ministère des Collèges et Universités de cette province une requête pour demander qu'on revienne au programme traditionnel de formation en hygiène dentaire, qui avait une durée de deux ans. La requête qui devait être examinée par le Comité consultatif provincial se lisait comme suit :

"Le CRCD stipule que pour être admis à l'examen d'autorisation en 1985, une hygiéniste dentaire doit avoir terminé avec succès un programme accrédité d'hygiène dentaire d'une durée d'au moins deux ans." (Traduction libre) (Strevens, 1983).

Le Groupe d'étude sur l'hygiène dentaire récemment formé par le ministère des Collèges et Universités de l'Ontario (1984) a examiné la question de l'accréditation des programmes d'enseignement de l'hygiène dentaire et le principe de "l'échelle de carrière" dans le cadre de la formation des auxiliaires dentaires. Le Comité comprenait des représentants du Collège royal des chirurgiens dentistes de l'Ontario, de l'Association dentaire de l'Ontario, de l'Association des hygiénistes dentaires de l'Ontario, du comité des présidents des collèges communautaires de l'Ontario, du ministère de la Santé et du Conseil des régents du ministère des Collèges et Universités. Après avoir examiné le concept de l'échelle de carrière adopté en Ontario, ils "ont convenu que cette approche soit conservée pour le moment". Nous parlerons de leurs recommandations au sujet de l'accréditation dans la section suivante.

Options de carrière

Un système d'options de carrière a d'abord été proposé en Colombie-Britannique, au milieu des années 1970. Ce système comportait quatre niveaux de formation pour les auxiliaires dentaires avec des possibilités de mobilité à la verticale et à l'horizontale. Il différait du système ontarien en ce qu'il n'exigeait pas qu'une candidate à la formation en hygiène dentaire ait d'abord fait des études d'assistante dentaire.

Le système d'options de carrière fut favorablement accueilli partout en Colombie-Britannique. Il comporte une formation de base pour chacun des niveaux et des modules pour les fonctions élargies. Le système COP (Career Options) est considéré comme significatif en ce qu'il constitue une étape constructive vers la dispensation plus efficace des services dentaires en Colombie-Britannique en offrant un moyen de résoudre les problèmes relatifs à la formation des auxiliaires dentaires, à l'autorisation et à l'exercice de la profession (Conklin et Voris, 1975). Des parties du système COP comme les modules d'anesthésie locale, d'orthodontie et d'hygiène publique ont été mises en oeuvre.

Dans l'ensemble, on peut penser que le système d'options de carrière ne satisfait pas complètement les besoins des hygiénistes dentaires qui désirent une certaine mobilité de carrière dans des domaines comme l'hygiène dentaire et la formation des assistantes dentaires, la santé communautaire, l'administration et la recherche (MacDonald et Miller, 1981).

Une autre façon d'aborder la mobilité verticale pour les assistantes dentaires est d'accorder la préférence à celles qui ont de l'expérience, ainsi qu'à d'autres professionnelles de la santé comme les infirmières, lorsqu'il s'agit des admissions dans les programmes de formation en hygiène dentaire et de leur permettre de passer des examens devant un comité de révision pour certains cours, de sorte que si elles réussissent, elles puissent en être exemptées. Ce système est actuellement en vigueur à l'Université du Manitoba. La mobilité latérale entre la thérapeutique dentaire et l'hygiène dentaire est maintenant possible grâce à des programmes qui se donnent soit au Wascana Institute, à Regina, ou à l'Université du Manitoba.

8. Accréditation

L'accréditation des programmes de formation en hygiène dentaire a commencé aux États-Unis, en 1952, et il existe maintenant plus de

200 programmes accrédités dans ce pays (ADA, 1982). Au Canada, c'est l'Association dentaire canadienne qui est chargée de l'accréditation des programmes canadiens d'enseignement de l'hygiène dentaire par le biais de son Conseil de l'éducation qui a préparé le premier rapport d'agrément en 1963. L'agrément n'est pas obligatoire, mais les écoles d'hygiène dentaire le recherche d'emblée. Une certaine surveillance est exercée par une équipe qui se rend dans les établissements d'enseignement tous les cinq ans ou plus souvent, suivant les recommandations du Conseil (Yeo, 1982). Au moment où nous rédigeons ce rapport, la plupart des programmes d'enseignement de l'hygiène dentaire ont été agréés ou leurs administrateurs attendent la visite des membres du Conseil de l'éducation et de l'agrément de l'Association dentaire canadienne (Association dentaire canadienne, 1986).

L'Association dentaire canadienne, avec l'appui de l'Association canadienne des hygiénistes dentaires du Canada, a formulé des lignes directrices en relation avec des normes minimales en hygiène dentaire. Les lignes directrices ressemblent beaucoup à celles qui sont appliquées pour l'agrément des programmes d'enseignement de l'hygiène dentaire aux États-Unis. Une entente de réciprocité a été convenue entre l'Association dentaire canadienne et l'American Dental Association chargées de l'agrément en matière d'hygiène dentaire. Mais il existe une anomalie dans le processus d'agrément et c'est l'absence de critères pour l'évaluation des portions non traditionnelles du programme d'enseignement (par exemple à propos de fonctions élargies). Cependant, les lignes directrices ont été révisées pour tenir compte de ces domaines et elles ont été approuvées par l'Association dentaire canadienne en 1984 (ADC, 1984).

9. Formation en vue de l'exercice de fonctions élargies

Au cours des années 1960, plusieurs souhaitaient que les fonctions des hygiénistes dentaires ne soient plus limitées à la simple prévention (Lobene, 1969; Romcke, 1972; Forgay, 1980). En 1962, les Forces armées canadiennes mirent sur pied un programme de formation permettant à leurs hygiénistes dentaires de remplir des fonctions en dentisterie restauratrice comme la mise en place, la sculpture et le polissage de toutes les restaurations en matière plastique dans les dents ayant été préparées par un dentiste (Baird, 1967).

En 1969, l'Université Dalhousie organisait un cours spécial, d'une durée de deux mois et demi, pour enseigner ces techniques de dentisterie restauratrice à trois hygiénistes dentaires de l'Ile-du-Prince-Édouard. Ce fut le début d'une étude visant à déterminer si l'on pouvait enseigner des techniques de dentisterie restauratrice à des hygiénistes dentaires en peu de temps. Par la suite, en 1971-1972, des fonctions élargies en dentisterie restauratrice furent incorporées au curriculum de deux ans à l'Université Dalhousie. Peu après, cette matière fut inscrite au programme de l'Université du Manitoba et d'un module d'éducation permanente en Ontario. Pendant plusieurs années, l'Université de la Colombie-Britannique offrit des cours de dentisterie restauratrice en option aux étudiantes en hygiène dentaire, bien que, dans cette province, les hygiénistes dentaires ne soient pas autorisées par la loi à remplir ces fonctions et, en conséquence, ces cours ont maintenant été rayés du programme.

En Ontario, les membres de la faculté d'art dentaire de l'Université de Toronto ont fait, en 1974-1975, des études sur la possibilité d'utiliser des hygiénistes dentaires capables de remplir des fonctions élargies (Ellis, Hord, Thompson, 1975). Au Québec, l'enseignement de la dentisterie restauratrice a été inclus, dès le départ, dans le programme de formation menant au baccalauréat (BSc) et dans les programmes des CEGEP. Ces fonctions n'ont été légalisées qu'en 1982 par un décret du gouvernement provincial qui, subséquemment, a été contesté par l'Ordre des dentistes et déclaré inconstitutionnel parce qu'il n'avait pas été adopté en anglais (Goudreault, 1985).

A l'Université de la Colombie-Britannique on a commencé à enseigner les techniques d'anesthésie locale aux hygiénistes dentaires en 1978. A l'heure actuelle, les hygiénistes dentaires qui demandent l'autorisation d'exercer en Colombie-Britannique doivent avoir reçu une

formation dans ce domaine. Pour les hygiénistes dentaires qui n'ont pas étudié cette matière, il existe un cours d'éducation permanente en techniques d'anesthésie locale qu'elles doivent suivre en deçà d'une certaine période après leur arrivée dans la province. Le collège de dentisterie de l'Université de la Saskatchewan a également offert la formation en anesthésie locale dans le cadre de ses cours d'éducation permanente. Un programme d'éducation permanente en chirurgie mineure du parodonte s'est donné, en Saskatchewan, pour les hygiénistes dentaires diplômées. Des cours de perfectionnement en orthodontie sont disponibles au sein des programmes de formation permanente en Ontario, en Colombie-Britannique, au Manitoba et en Nouvelle-Écosse.

10. Formation continue

Les hygiénistes dentaires comme d'autres professionnels de la santé reconnaissent depuis longtemps la nécessité de continuer à étudier pendant qu'elles exercent leur profession afin de conserver leur compétence et d'éviter d'être dépassées. L'Association canadienne des hygiénistes dentaires ainsi que les associations provinciales d'hygiénistes dentaires encouragent leurs membres à participer à des cours de formation continue. Ces cours sont offerts par des départements de formation continue dans les facultés de médecine dentaire, les écoles d'hygiène dentaire, par les associations provinciales et locales de dentistes et d'hygiénistes dentaires, les organismes provinciaux de réglementation et les gouvernements provinciaux.

Chez les hygiénistes dentaires canadiennes, les taux de participation aux cours de formation continue sont assez élevés. D'après Lewis (1982), 80 % des hygiénistes dentaires en exercice ont suivi des cours de formation continue après l'obtention de leur diplôme. Elles ont suivi en moyenne 3,8 cours pendant les deux années qui ont précédé l'enquête.

Il existe un besoin toujours croissant de cours de recyclage pour les hygiénistes dentaires qui ont abandonné la profession pendant un certain temps et désirent reprendre du travail de même que pour celles qui sentent le besoin de perfectionner leurs connaissances et leurs aptitudes. Ce genre de mise à jour est chose courante tous les cinq ans dans les Forces armées. Des programmes de formation pour les hygiénistes dentaires désirant reprendre l'exercice de la profession ont été offerts à l'Université du Manitoba, à l'Université Dalhousie et à l'Université de la Colombie-Britannique pour satisfaire les demandes des hygiénistes dentaires et des conseils provinciaux de réglementation professionnelle.

L'Association canadienne des hygiénistes dentaires a effectué une étude des besoins des hygiénistes dentaires vivant dans des régions du Canada qui se trouvent éloignées des centres d'éducation permanente. L'Association a relevé les besoins particuliers de ces hygiénistes dentaires exerçant dans des cabinets privés ou dans des services de santé communautaire (Wener, 1983).

En Colombie-Britannique et en Saskatchewan, on exige que les hygiénistes dentaires suivent des cours de formation continue pour conserver leur droit d'exercer. A l'heure actuelle, rien n'indique qu'on ait l'intention d'imposer de telles obligations dans d'autres provinces. Une enquête menée auprès des hygiénistes dentaires (Forgay, 1980) a révélé qu'elles étaient plutôt en faveur de la formation continue obligatoire et qu'elles avaient le sentiment que cela rehausserait leur statut.

BIBLIOGRAPHIE

Comité spécial d'étude sur les auxiliaires dentaires

1970 Rapport du Comité spécial d'étude sur les auxiliaires dentaires. Ottawa : Information Canada, ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, Canada.

American Dental Association

1982 Accredited Dental Hygiene programs, Commission on Accreditation, American Dental Association, June.

Baird, K.M. et coll.

1967 "Employment of Auxiliary Clinical Personnel in the Royal Canadian Dental Corps, Journal of the Canadian Dental Association 33: 4.

Association dentaire canadienne

1986 Compte rendu, juin.

1974 "Conference on Dental Auxiliaries Report, 1974." Journal of the Canadian Dental Association, Council on Education.

1984 Accreditation Requirements for Dental Hygiene Educators. Canadian Dental Association 52, n° 7 July.

Chatwin, J.V.P.

1975 "Dentistry and the Community College", Ontario Dentist, Vol. 52, N° 7, July.

Conklin, J.T. et Voris, J.S.

1975 "Copsystem : An Educational Proposal", The Canadian Dental Hygienist, Vol. 9, N° 4, Winter.

1982 "Dental Hygiene Education : Perspectives on Dental Hygiene Education", Education Update, ADHA Vol. 1, N°. 2, September.

Dimitri, M. et Voris, J.S.

1978 "Dental Hygiene Education in Canada : An Overview", The Canadian Dental Hygienist, Vol. 12, N°. 3, Fall.

Ellis, R.L., Hord, B. et Thompson, G.

1974 "The Ontario Dental Association Demonstration Project on Dental Auxiliaries with Expanded Duties, Quality Control Study", Ontario Dentist, Vol. 51, 1974.

Forgay, M.G.E.

1980 Attitude of Canadian Dental Hygienists to Mandatory Continuing Education, thèse présentée pour la maîtrise es arts, Université de Colombie-Britannique, Vancouver, C.-B.

Fréchette, S.

1984 Remarques sur le rapport intérimaire du Groupe de travail sur l'exercice de l'hygiène dentaire, Santé et Bien-être social Canada.

French, S.B.

1978 "Dental Hygiene : The Maturation Process of a Profession", The Canadian Dental Hygienist, Vol. 12, N°. 1, Spring.

Goudreault, M.

1985 Secrétaire générale, la Corporation professionnelle des hygiénistes dentaires du Québec, communication personnelle.Lewis, D.W.

1982 "Educational, Demographic, Professional and Employment Characteristics of Dental Hygienists in Canada, 1979", The Canadian Dental Hygienist, 16(3) 82-88.

Lobene, R. et Hein, J.

1969 Final Report. An Experimental Program to Study the Extension of Duties of Dental Hygienists, September. 26.

Lussier, J.-P.

1981 "Concepts of Dental Hygiene in Canada and particularly in the Province of Quebec", (Part I), Quintessence Journal, N°. 9.

MacDonald, K. et Miller, M.
1981 "Career Options in Dental Hygiene", The Canadian Dental Hygienist, Vol. 15, N°. 1, Spring.

Ono, C.
1983 Lettre au Dr R.L. Ellis, Jan.
1982 Paper presented at the Dental Hygiene Educators Conference. Canadian Dental Hygienists' Association, Toronto, May 1982.

Mountain, T.
1982 Personal interview. Canadian Forces Base Borden, Ontario.

Romcke, R.G.
1972 The Prince Edward Island Dental Manpower Study Project # 601-7-9.

Strevens, L.
1983 Executive Assistant, Royal College of Dental Surgeons of Ontario, Lettre au Dr R.L. Ellis.

University of Manitoba, School of Dental Hygiene
1983 Assessing Manpower Demand and Desired Skills for Degree Graduates in Dental Hygiene, June.

Wascana Institute
1979 Personal interviews with K. MacDonald and educators at Wascana Institute.

Wener, M.
1983 Canadian Dental Hygienists' Association Distance Continuing Education Needs Assessment.

Yeo, D.
1982 Paper presented at the Dental Hygiene Educators Conference, Canadian Dental Hygienists' Association, Toronto, May 1982.

Zier, B.
1983 Dental Hygiene/Dental Assisting, University of Alberta/NAIT/SAIT Program Integration Programs Report.

V
RÉGLEMENTATION

1. Introduction

Au Canada, les questions de santé relèvent la plupart du temps des gouvernements provinciaux ou territoriaux. Les législatures des provinces et leurs contreparties territoriales déterminent le mécanisme de réglementation des différentes disciplines de la santé. D'ordinaire, la législature délègue des pouvoirs de réglementation à un conseil ou à un collège par le moyen d'une loi, d'un règlement ou d'un décret. L'organisme de réglementation reçoit l'autorité de constituer un registre des membres de la profession, de leur accorder des permis d'exercer, de délimiter le champ d'exercice de la profession, d'établir des règlements et d'appliquer des mesures disciplinaires.

La réglementation de l'exercice de toute discipline de la santé vise à protéger le public (Forbes, 1983; Conseil économique, 1981; Scheffman et Applebaum, 1982). La réglementation doit faire en sorte que des normes de qualité et de sécurité soient respectées. Le mécanisme de réglementation est conçu pour protéger le public à propos de questions au sujet desquelles il peut n'être pas suffisamment informé pour faire un choix éclairé. On considère que la réglementation de ceux qui dispensent directement des services de santé est essentielle.

La réglementation impose souvent l'obtention d'un permis d'exercice ou d'un certificat pour attester de l'aptitude ou de la compétence d'un dispensateur de services ou d'un type de dispensateur. L'octroi de permis d'exercice ou de certificats de compétence est un moyen de contrôler la qualité de certains facteurs qui déterminent la qualité des soins, comme la formation et l'expérience du dispensateur (Scheffman et Applebaum, 1982). L'intérêt du public est ainsi protégé en empêchant des personnes qui ne possèdent pas la formation voulue d'exercer la profession (Rozovsky, 1976).

La réglementation ne devrait servir les intérêts de la profession que dans la mesure où ceux-ci correspondent aux intérêts de la population. On considère que la réglementation ne sert pas les intérêts du public lorsqu'elle sert directement les intérêts de la profession. Une réglementation excessive, qui restreint les méthodes d'exercice de la profession pour ses membres, risque de limiter la compétition et de restreindre les modes d'exercice et leur champ. Dans le domaine de la santé dentaire, certains objectifs souhaitables ont été atteints grâce à la réglementation, mais celle-ci a également eu des effets moins heureux. Par exemple, la réglementation d'une profession protège le consommateur qui ne possède pas toujours l'information nécessaire pour reconnaître ses besoins et la compétence des dispensateurs dans un marché non réglementé et sans restriction. Cependant, la réglementation d'une profession ou d'un métier restreint la compétitivité en limitant l'entrée dans la profession ou en restreignant la possibilité de s'adresser à d'autres sources de services ou de recourir à d'autres structures d'organisation et aussi en restreignant la publicité et en influençant d'autres façons le comportement des dispensateurs soit directement ou indirectement par la professionnalisation et les pressions exercées par les pairs. Un problème fondamental se pose pour les groupes professionnels lorsqu'il leur faut concilier leurs intérêts particuliers et ceux du public, lesquels ne sont pas toujours compatibles (Rosovsky, 1976). Les services dentaires sont dispensés sur un marché essentiellement privé et sont sensibles, en tant que tels, aux aspects anti-compétition de l'autoréglementation.

Depuis les années 1970, la déréglementation du secteur de la santé paraît de plus en plus être une question de politique. L'auto-réglementation a fait l'objet d'études importantes. Donnons comme exemple l'étude menée par le Conseil économique du Canada sur la réforme de la réglementation (1981), l'étude

de la Commission royale McRuer sur les droits des citoyens, (1968), l'étude du Ontario Committee on the Healing Arts (1970) et l'étude qui est menée actuellement sur les professions de la santé en Ontario, le rapport Castonguay/Nepveu sur les professions et la société et le code des professions subséquemment entré en vigueur en 1973 au Québec, et enfin le rapport Foulkes en Colombie-Britannique (1974).

La réglementation paraît être une question importante dans l'exercice de l'hygiène dentaire et l'élaboration de politiques innovatrices en matière de soins primaires et de programmes de services de dentisterie préventive. Les professions de la santé jouissent souvent de l'auto-réglementation, leur conseil ou leur collège étant composé principalement de membres d'une discipline particulière de la santé. Il en est ainsi de la réglementation de la dentisterie au Canada. Tel n'est pas le cas pour l'hygiène dentaire, sauf au Québec et, depuis quelque temps, en Ontario. En effet, les hygiénistes dentaires sont généralement régies par la Loi sur les dentistes.

2. Inscription au registre et permis d'exercice

Au Canada, les moyens de réglementer l'admission à l'exercice de l'hygiène dentaire sont l'inscription au registre et l'octroi de permis d'exercice. Les deux expressions, inscription au registre et octroi du permis d'exercice, sont parfois utilisées l'une pour l'autre sans être synonymes. L'inscription au registre, c'est l'inscription du nom d'un individu jugé admissible à l'exercice de la profession. Donc, ceux qui sont inscrits au registre peuvent recevoir un permis d'exercer, habituellement en versant des frais annuels. Dans la plupart des provinces, les hygiénistes dentaires doivent détenir un permis d'exercer et, par conséquent, être inscrites au registre pour exercer leur profession. Il est possible de demeurer inscrit dans les registres d'une province sans posséder un permis d'exercice pour l'année courante. Sauf en de rares exceptions, le principe qui veut qu'une fois inscrit au registre on le demeure, reste vrai. On trouvera dans les tableaux 5.1 et 5.2 un résumé des caractéristiques de l'inscription au registre et de l'émission des permis d'exercer pour les hygiénistes dentaires par province et par territoire.

3. Composition des organismes de réglementation

Lorsque l'exercice de l'hygiène dentaire a débuté au Canada, peu de professions de la santé jouissaient de l'auto-réglementation. La profession d'hygiéniste dentaire commençait à peine à s'établir dans son pays d'origine, les États-Unis, et allait se répandre dans d'autres pays. Il n'y avait pas de normes bien établies à propos de la formation et de l'autorisation d'exercer. D'ailleurs, pendant plusieurs années, les hygiénistes dentaires étaient en trop petit nombre pour justifier l'auto-réglementation. Au début, il était donc pratique et raisonnable de réglementer l'hygiène dentaire en vertu des lois régissant l'exercice de l'art dentaire et la profession fut établie suivant ce mode dans la plupart des provinces.

Sauf dans la province de Québec, l'exercice de l'hygiène dentaire est encore réglementé par des organismes qui sont des agents des dentistes. Depuis 1975, au Québec, c'est la Corporation professionnelle des hygiénistes dentaires du Québec composée de treize hygiénistes dentaires et de trois profanes qui réglemente la profession. La province de Québec est la seule province où les hygiénistes dentaires sont en majorité au sein de l'organisme qui les régit. Au Québec, l'exercice de l'hygiène dentaire est officiellement une profession.

Le 12 mars 1987, le ministre de la Santé de l'Ontario a annoncé que l'exercice de l'hygiène dentaire allait être régi indépendamment de la dentisterie. Le processus de définition de l'organisme d'auto-réglementation est actuellement en cours. (Ministère de la Santé de l'Ontario, 1987).

Là où l'exercice de l'hygiène dentaire est réglementé par l'Ordre des dentistes, dans certains cas, celui-ci ne compte que des

Tableau 5.1

Organismes détenteurs du pouvoir d'accorder des permis d'exercice ou d'inscrire au registre des hygiénistes dentaires, par province ou par territoire, 1987[1]

Province/Territoire	Législation	Organisme de réglementation	Composition de l'organisme de réglementation
TERRE-NEUVE	Newfoundland Dental Act 1983	Newfoundland Dental Board	Cinq dentistes élus par la Newfoundland Dental Association; trois membres désignés par le Newfoundland Department of Health, deux auxiliaires ; un consommateur. Tous les membres ont droit de vote
ÎLE-DU-PRINCE-ÉDOUARD	Dental Professional Act	Dental Council of PEI, un conseil de la PEI Dental Association	Les membres du Conseil qui sont les directeurs de la PEI Dental Association. Tous les membres ont droit de vote
NOUVELLE-ÉCOSSE	Dental Act of Nova Scotia	Provincial Dental Board of Nova Scotia	Huit dentistes (quatre nommés par le gouvernement, trois élus par la NSDA, un registraire); une hygiéniste dentaire. Tous les membres ont droit de vote. Observateurs (pas de droit de vote) : un représentant de la faculté de médecine dentaire; une assistante dentaire
NOUVEAU-BRUNSWICK	New Brunswick Dental Act 1985	Board of Directors of New Brunswick Dental Society	Douze dentistes; une hygiéniste dentaire; une assistante dentaire; un consommateur. Tous les membres ont droit de vote

1 Vérifié par les registraires des provinces/territoires, février/mars 1987.

2 Terre-Neuve - Les auxiliaires sont des hygiénistes dentaires et des techniciennes dentaires. Il pourrait y avoir une hygiéniste et une technicienne au Conseil ou deux hygiénistes ou deux techniciennes. À l'heure actuelle, il y a une hygiéniste et une technicienne.

Tableau 5.1 (suite)

Province/Territoire	Législation	Organisme de réglementation	Composition de l'organisme de réglementation
QUÉBEC	Code des professions (1973, ch.43) Partie 37K	Conseil de la Corporation professionnelle des hygiénistes dentaires du Québec	Treize hygiénistes dentaires élues par les membres de la Corporation professionnelle des hygiénistes dentaires du Québec et trois profanes désignés par l'Office des professions du Québec pour représenter le public. Tous les membres ont droit de vote
ONTARIO	1. Règlement 447, article 50 de la Loi sur les sciences de la santé (1974), Partie II : dentisterie. 2. Loi sur les rayons X (1985), loi visant l'utilisation sans danger des machines à rayons X dans les sciences de la santé	The Royal College of Dental Surgeons of Ontario	Neuf dentistes élus sur une base géographique; deux représentants des facultés d'art dentaire, trois à cinq profanes désignés par le Lieutenant-gouverneur en conseil. Observateurs (sans droit de vote) : deux hygiénistes dentaires[1]

1 L'auto-réglementation a été accordée aux hygiénistes dentaires de l'Ontario le 12 mars 1987 sans qu'elle soit déjà entrée en vigueur.

Tableau 5.1 (suite)

Province/Territoire	Législation	Organisme de réglementation	Composition de l'organisme de réglementation
MANITOBA	Manitoba Dental Association Act (1971). Cette loi stipule que les dentistes peuvent déléguer leurs pouvoirs à des diplômés de cours approuvés par la MDA (Hygiénistes dentaires du secteur privé).	Le Conseil de la Manitoba Dental Association accorde des permis d'exercer en vertu d'un amendement à la MDA Act passé en 1957	Sept dentistes Une auxiliaire membre de la MDHA ou de la MDNAA Un profane Une travailleuse en santé dentaire Un dentiste Une personne qui n'est membre d'aucune profession de la santé Deux personnes désignées par le ministère de la Santé Un directeur exécutif de services de santé dentaire Tous les membres ont droit de vote
	Dental Health Workers Act (1976) Hygiénistes dentaires en santé communautaire	Dental Health Workers Board	
SASKATCHEWAN	Dental Professions Act (1978)	College of Dental Surgeons of Saskatchewan	Sept membres du College of Dental Surgeons of Saskatchewan; le doyen du College of Dentistry de l'Université de la Saskatchewan Un membre représentant les hygiénistes dentaires Un membre représentant les assistantes dentaires autorisées Un membre représentant le conseil d'administration de l'Association dentaire canadienne Deux représentants des consommateurs Tous les membres ont le droit de vote

Tableau 5.1 (suite)

Province/Territoire	Législation	Organisme de réglementation	Composition de l'organisme de réglementation
ALBERTA	The Dental Profession Act, articles 14 et 15 et Dental Profession Regulation, article 51	Il n'existe pas d'organisme de réglementation au moment de la rédaction du rapport. Un organisme sera établi par un nouvel organisme, le Dental Occupations Council. Les personnes qui ont un diplôme d'une autre province doivent obtenir un certificat du Universities Coordinating Council de l'Université de l'Alberta	Composition de l'organisme de réglementation à discuter. On croit, à l'heure actuelle, que l'inscription au registre et l'octroi des permis devraient relever du Conseil de l'Alberta Dental Hygienists' Association
COLOMBIE-BRITANNIQUE	Dentist's Act (chapitre 32)	College of Dental Surgeons of British Columbia	Quatre représentants du College; onze représentants élus d'organisations constituantes et quatre membres; un représentant chacun de sociétés de spécialistes dentaires; faculté d'art dentaire; British Columbia Dental Hygienists Association; Certified Dental Assistant Society; un profane désigné par le Lieutenant-gouverneur en conseil Tous les membres ont droit de vote
TERRITOIRES DU NORD-OUEST	Une ordonnance pour amender la Dental Profession Ordinance (hygiénistes dentaires)	Le commissaire des Territoires du Nord-Ouest	Le commissaire et le conseil des Territoires du Nord-Ouest

Tableau 5.1 (suite)

Province/Territoire	Législation	Organisme de réglementation	Composition de l'organisme de réglementation
TERRITOIRE DU YUKON	Une ordonnance pour amender la Dental Profession Ordinance, chapitre 1. Hygiénistes dentaires et thérapeutes dentaires	Ministère de la Consommation et des Corporations Membres du conseil exécutif	Commissaire et conseil exécutif; membre du conseil exécutif

Tableau 5.2

Admissibilité à l'obtention d'un permis d'exercer ou à l'inscription au registre des hygiénistes dentaires par province ou territoire, 1987[1]

Province/Territoire	Admissibilité à l'obtention d'un permis d'exercice	Diplômées des programmes agréés par l'ADC	Diplômées des programmes non agréés par l'ADC	Diplômées de programmes étrangers
TERRE-NEUVE	Doit être diplômée d'une école approuvée par l'ADC	Pas d'examen requis	Aucune disposition	Quelques hygiénistes dentaires du Royaume-Uni ont obtenu un permis d'exercer après que leur compétence eut été évaluée par des hygiénistes dentaires de Terre-Neuve
ÎLE-DU-PRINCE-ÉDOUARD	Les candidates doivent être de sexe féminin et âgées d'au moins 18 ans; elles doivent fournir au Conseil des preuves de bonne moralité; et les résultats de deux années d'étude en hygiène dentaire dans une école approuvée par le Conseil; elles doivent réussir tout examen auquel elles peuvent être soumises par le Conseil et faire une demande de permis d'exercer et d'inscription au registre	Aucun examen requis	Aucune disposition précise mais une candidate pourrait être agréée après avoir fourni les résultats de deux années d'étude en hygiène dentaire dans une école approuvée par le Conseil	Aucune disposition

1 Vérifié par les registraires des provinces/territoires, février/mars 1987.

Tableau 5.2 (suite)

Province/Territoire	Admissibilité à l'obtention d'un permis d'exercice	Diplômées des programmes agréés par l'ADC	Diplômées des programmes non agréés par l'ADC	Diplômées de programmes étrangers
NOUVELLE-ÉCOSSE	Toute personne qui : a) fournit au Conseil des preuves de bonne moralité b) fournit au Conseil les résultats d'un cours dans une école accréditée d'hygiéniste dentaire approuvée par le Conseil c) passe tout examen prescrit par le Conseil d) fait une demande au Conseil et e) paie les frais d'inscription déterminés par le Conseil, aura droit à recevoir du Conseil un certificat d'autorisation de l'exercice de l'hygiène dentaire	Aucun examen requis	Les candidates qui auront réussi aux examens du Conseil de l'Ontario pourront recevoir un permis d'exercice	Même chose que pour les diplômées des écoles non accréditées
NOUVEAU-BRUNSWICK	Les candidates ayant un diplôme d'une école accréditée par l'ADC	Aucun examen requis	Aucune disposition	Aucune disposition
QUÉBEC	Une diplômée d'une école accréditée ou non accréditée à l'extérieur du Québec doit d'abord faire une demande au Comité de formation et d'équivalence des diplômes pour faire évaluer son ou ses diplômes. Elle doit posséder un nombre minimum de crédits. Après l'examen du dossier, le Comité fait l'une des recommandations suivantes au Bureau : équivalence de diplôme ou équivalence de formation. Si aucune équivalence ne peut être accordée, le Bureau peut imposer un examen ou exiger une période de formation pour satisfaire certaines exigences	- L'accréditation n'est pas un critère pour l'octroi d'un permis d'exercer au Québec - Aucun examen n'est requis des diplômées de programmes accrédités au Québec	- L'accréditation n'est pas un critère pour l'octroi d'un permis d'exercer au Québec - Aucun examen n'est requis pour les diplômées de programmes non accrédités au Québec	L'accréditation n'est pas un critère pour l'octroi d'un permis d'exercice au Québec

Tableau 5.2 (suite)

Province/Territoire	Admissibilité à l'obtention d'un permis d'exercice	Diplômées des programmes agréés par l'ADC	Diplômées des programmes non agréés par l'ADC	Diplômées de programmes étrangers
QUÉBEC (suite)	Une fois que l'équivalence est établie, la candidate est soumise aux mêmes critères d'admissibilité. On octroie des permis temporaires d'exercice pour un an aux candidates de l'extérieur du Québec jusqu'à ce qu'elles aient fait la preuve d'une connaissance suffisante de la langue française			
ONTARIO	Les hygiénistes dentaires (article 50(ii)) et les hygiénistes dentaires qui ont une autorisation écrite du Collège pour exécuter d'autres actes particuliers dans l'exercice de la dentisterie (paragraphe 50(2)) Toutes les diplômées des programmes d'enseignement de l'hygiène dentaire approuvés par le RCDS. Elles doivent toutes réussir aux exigences en vue de l'obtention d'un permis d'exercer ce qui peut inclure un examen clinique. Les diplômées des programmes accrédités dans les CAAT sont exemptées de l'examen écrit Les candidates des autres provinces sont admises à se présenter à l'examen si elles ont un diplôme d'une école approuvée	Examen clinique peut être requis requis	Examen écrit et examen clinique requis	Chaque cas est considéré en ce qui a trait à l'admissibilité à l'examen en vue de l'obtention du permis d'exercice

Tableau 5.2 (suite)

Province/Territoire	Admissibilité à l'obtention d'un permis d'exercice	Diplômées des programmes agréés par l'ADC	Diplômées des programmes non agréés par l'ADC	Diplômées de programmes étrangers
MANITOBA	Hygiénistes dentaires oeuvrant dans le secteur privé. Diplôme d'un programme accrédité par l'ADC. Hygiénistes dentaires en santé communautaire Déterminé par le Dental Health Workers Board d'après la recommandation du Comité d'accréditation.	Les diplômées d'un programme accrédité sont admissibles à l'exercice de la profession	Tel qu'approuvé par le Conseil de la MDA ou par examen	Décidé sur une base individuelle
SASKATCHEWAN	Une diplômée d'une école accréditée ou d'un programme d'hygiène dentaire du Canada ou une diplômée d'une école accréditée ou d'un programme d'hygiène dentaire des États-Unis.	D'une école accréditée ou diplômée d'une école approuvée par le Collège des chirurgiens dentistes	Selon l'approbation du College of Dental Surgeons Board	Programmes accrédités par les États-Unis
ALBERTA	Diplômées en hygiène dentaire de la Faculté d'art dentaire de l'Université de l'Alberta; diplômées d'autres programmes d'enseignement de l'hygiène dentaire détentrices d'un certificat du Universities Coordination Council.	Certificat accordé dans les cinq ans qui suivent l'obtention d'un diplôme ou suivant des preuves d'un exercice actif de la profession au cours des cinq dernières années	Certificat émis après examen	Certificat émis après examen

Tableau 5.2 (suite)

Province/Territoire	Admissibilité à l'obtention d'un permis d'exercice	Diplômées des programmes agréés par l'ADC	Diplômées des programmes non agréés par l'ADC	Diplômées de programmes étrangers
COLOMBIE-BRITANNIQUE	(Registered Dental Auxiliary III) Doit avoir terminé avec succès le cours pour la catégorie d'auxiliaire en cause. Diplômée d'une école du corps auxiliaire en cause ou d'autres établissements reconnus par le Conseil comme dispensant un cours équivalent à celui qui est défini et ayant passé des examens et payé les frais d'examen prescrits par le Conseil	Les diplômées qui demandent à être inscrites au registre dans les 5 ans après l'obtention de leur diplôme et qui ont réussi à tous les examens requis comme condition pour l'obtention du permis d'exercice dans la province ou l'État où elles ont terminé leur programme de formation en hygiène dentaire sont inscrites au registre sans examen préalable Les candidates qui ont reçu leur diplôme depuis plus de 5 ans doivent se soumettre à un examen	Les candidates devront se présenter à l'examen du Conseil provincial d'hygiène dentaire pour déterminer l'admissiblité à se présenter à l'examen du Conseil provincial des hygiénistes dentaires	On a établi un protocole suivant lequel chaque dossier est examiné sur une base individuelle

Tableau 5.2 (suite)

Province/Territoire	Admissibilité à l'obtention d'un permis d'exercice	Diplômées des programmes agréés par l'ADC	Diplômées des programmes non agréés par l'ADC	Diplômées de programmes étrangers
COLOMBIE-BRITANNIQUE (suite)		Aucun examen écrit n'est exigé pour les candidates qui demandent à être inscrites au registre moins de 5 ans après avoir réussi les examens de l'American Dental Association National Board		
TERRITOIRES DU NORD-OUEST	1. Une diplômée d'un collège, d'une école ou d'une université offrant un programme d'hygiène dentaire accrédité par l'Association dentaire canadienne 2. Inscrite comme hygiéniste dentaire dans une province, un État ou le Territoire du Yukon	Aucun examen requis	Aucune disposition	Aucune disposition
TERRITOIRE DU YUKON	Les diplômées d'écoles reconnues par un membre du conseil exécutif et approuvées par le Commissaire du conseil exécutif	Aucun examen requis	Aucun examen requis si approuvé par un par un organisme de réglementation	Aucun examen requis si approuvé par un organisme de réglementation

dentistes. Sept de ces organismes provinciaux comptent une hygiéniste dentaire parmi leurs membres, un autre compte tantôt une représentante des hygiénistes dentaires et tantôt une assistante dentaire, enfin, dans une neuvième province, l'organisme de réglementation accorde le statut d'observateur sans droit de vote à deux hygiénistes dentaires. Dans les trois provinces et territoires qui restent, aucune hygiéniste dentaire ne siège au comité qui régit l'exercice de l'hygiène dentaire. On trouvera au tableau 5.3 la description de la composition des organismes de réglementation de l'exercice de l'hygiène dentaire au Canada.

4. Surveillance

La surveillance des hygiénistes dentaires a été réclamée au départ pour protéger les patients et les dentistes qui emploient des hygiénistes dentaires contre "... les erreurs et les excès d'assistantes et d'aides qui ne possédaient pas de permis, n'avaient reçu aucune formation et n'avaient aucune expérience," (Hillenbrand, 1981).

Dans toutes les provinces et tous les territoires, les hygiénistes dentaires sont soumises à une surveillance, mais il n'existe pas d'interprétation uniforme du mot surveillance. Les règlements provinciaux et territoriaux ayant trait à la surveillance des hygiénistes dentaires sont présentés dans le tableau 5.4. Comme on peut s'en rendre compte à la lecture de ce tableau, dans certaines provinces et certains territoires, le degré de surveillance n'est pas clairement défini. Il est manifestement difficile d'interpréter les écrits et les débats au sujet des niveaux de surveillance et on ne sait pas très bien le sens et la portée de certains termes.

L'Association canadienne des hygiénistes dentaires a adopté les définitions suivantes :

Surveillance directe : un dentiste fait le diagnostic et prescrit un traitement qui sera appliqué par l'hygiéniste dentaire. Un dentiste est disponible sur les lieux pendant que l'hygiéniste dentaire effectue le traitement.

Surveillance indirecte : un dentiste fait le diagnostic et prescrit un traitement qui sera appliqué par l'hygiéniste dentaire. Il n'est pas indispensable qu'un dentiste soit présent pendant que l'hygiéniste dentaire effectue le traitement.

Surveillance générale : un dentiste est au courant des soins d'hygiène dentaire appliqués mais n'a pas nécessairement posé un diagnostic.

L'Association canadienne des hygiénistes dentaires a accepté ces définitions (ACDH, 1984).

Aux États-Unis, l'American Dental Hygienists' Association (1982) utilise les définitions suivantes :

Surveillance directe - le dentiste est présent dans son cabinet; il autorise les soins, demeure dans son cabinet pendant que les soins sont dispensés par l'hygiéniste dentaire et évalue le travail de l'hygiéniste dentaire avant le départ du patient.

Surveillance indirecte (personnelle) - le dentiste est présent; il autorise la dispensation de soins et reste dans le cabinet dentaire ou l'édifice pendant que les soins sont dispensés par l'hygiéniste dentaire.

Surveillance (direction) générale - le dentiste a autorisé la dispensation de soins qui sont appliqués suivant le diagnostic et le plan de traitement qu'il a établi.

Tableau 5.3

Composition des organismes émettant des permis d'exercice ou inscrivant les hygiénistes dentaires au registre, par province et territoire, 1987

Province/Territoire	Dentistes	Hygiénistes dentaires avec droit de vote	Hygiénistes dentaires sans droit de vote	Profanes	Autres
Terre-Neuve	5	1 ou 2	-	1	Peut compter 1 ou 2 techniciennes dentaires (avec droit de vote)
Île-du-Prince-Édouard	Exécutif de la PEI Dental Association	-	-	-	-
Nouvelle-Écosse	8	1	-	-	1 membre observateur de la Faculty of Dentistry 1 assistante dentaire observatrice
Nouveau-Brunswick	12	1	-	1	1 assistante dentaire
Québec	-	13	-	3	-
Ontario	11	-	2	5	-
Manitoba	7	1(1)	-	1	-

(1) Alterne avec des assistantes dentaires, l'expression utilisée est auxiliaire dentaire
(2) L'Alberta a un nouvel organisme (1984), le Dental Occupations Council, qui établira un organisme de réglementation, l'Alberta Dental Hygienists' Association, lequel aura un membre ayant droit de vote au conseil de l'Alberta Dental Association
(3) Comprend des représentants élus de la Interspecialty Dental Society et de la faculté d'art dentaire
(4) Professions dentaires
(5) Conseil de l'AHDA

Tableau 5.3 (suite)

Province/Territoire	Dentistes	Hygiénistes dentaires avec droit de vote	Hygiénistes dentaires sans droit de vote	Profanes	Autres
Saskatchewan	7	1	-	2 rep. des consommateurs	1 assistante dentaire autorisée 1 rep. du Conseil des gouverneurs de l'ADC Le doyen du College of Dentistry
Alberta(2)	2(4)	2(4)	-(4)	-(4)	2 assistantes dentaires autorisées(4)
	-(5)	toutes(5)	-(5)	1(5)	-(5)
Colombie-Britannique	21(3)	1 rep.	-	1	1 rep. de la de la BDCHA société des assistantes dentaires autorisées
Territoires du Nord-Ouest					Le Commissaire et le Council of the Northwest Territories.
Yukon					Le Commissaire en Conseil exécutif et membre du Conseil exécutif.

(1) Alterne avec des assistantes dentaires, l'expression utilisée est auxiliaire dentaire
(2) L'Alberta a un nouvel organisme (1984), le Dental Occupations Council, qui établira un organisme de réglementation, l'Alberta Dental Hygienists' Association, lequel aura un membre ayant droit de vote au conseil de l'Alberta Dental Association
(3) Comprend des représentants élus de la Interspecialty Dental Society et de la faculté d'art dentaire
(4) Professions dentaires
(5) Conseil de l'AHDA

Tableau 5.4

Exigences en matière de surveillance des hygiénistes dentaires, par province et territoire, 1987

Province/Territoire et Organisme de réglementation	Type de surveillance/milieu	Description/milieu
Terre-Neuve Newfoundland Dental Board 211 LeMarchant Road St. John's, Terre-Neuve A1C 2H5	Surveillance directe - pratique privée	Surveillance directe signifie que le dentiste doit se trouver dans l'édifice
	Surveillance indirecte - santé publique	Aucune définition disponible
Ile-du-Prince-Édouard Dental Association of PEI P.O. Box 1948 Charlottetown, PEI C1A 7N5	Surveillance directe - pratique privée	Aucune définition disponible
	Surveillance générale - santé communautaire	Aucune définition disponible
Nouvelle-Écosse Provincial Dental Board of Nova Scotia 604-5991 Spring Garden Road Halifax, NS B3H 1Y6	Surveillance directe - pratique privée	Le dentiste doit être présent dans le bureau. Si le dentiste employeur est absent, il faut un accord écrit avec un autre dentiste travaillant dans le même édifice et l'hygiéniste dentaire
	Surveillance générale - santé publique	
Nouveau-Brunswick New Brunswick Dental Society 93 Prince William Saint John, New Brunswick E2L 2B2	Surveillance directe - pratique privée et établissements	Aucune de définition disponible
	Surveillance indirecte - santé publique	Sous la responsabilité d'un dentiste ou du directeur des services dentaires
Québec Corporation professionnelle des hygiénistes dentaires du Québec 5757 avenue Decelles, bureau 237 Montréal (Québec) H3S 2C3	Surveillance directe - pratique privée	Sous la surveillance d'un dentiste, sauf pour la détection des maladies bucco-dentaires et l'enseignement des principes de l'hygiène buccale

Tableau 5.4 (suite)

Province/Territoire et Organisme de réglementation	Type de surveillance/milieu	Description/milieu
Ontario Royal College of Dental Surgeons of Ontario 230 St. George Street Toronto, Ontario M5R 2N5	Surveillance directe - pratique privée	Un dentiste doit être présent dans le bureau où le service est dispensé par l'hygiéniste et les patients doivent se rendre compte que leur traitement est supervisé par un dentiste; de plus, le dentiste doit examiner le patient afin de confirmer les observations préliminaires, faire le diagnostic et établir le plan de traitement puis surveiller l'application du traitement
	Surveillance générale - santé publique	Surveillance à distance. Le dentiste n'est pas tenu d'être présent dans la pièce où les hygiénistes dentaires travaillent en hygiène publique
Manitoba Manitoba Dental Association 300-296 Kennedy Street Winnipeg, Manitoba R3B 2M6	Surveillance directe - pratique privée	Hygiéniste dentaire dans le secteur privé : surveillance effective et contrôle; le dentiste doit être sur les lieux.
	Surveillance générale - santé communautaire	La présence du dentiste n'est pas requise
Saskatchewan College of Dental Surgeons of Saskatchewan 109-514 23rd Street East Saskatoon, Saskatchewan S7K 0J8	Surveillance directe - pratique privée	Aucune définition disponible
	Surveillance générale - santé communautaire	Aucune définition disponible

Tableau 5.4 (suite)

Province/Territoire et Organisme de réglementation	Type de surveillance/milieu	Description/milieu
Alberta Doit être révisé par l'organisme récemment nommé The Dental Occupations Council c/o Alberta Dental Association Suite 101, 8230 - 105th Street Edmonton, Alberta T6E 5H9	Nature de l'exercice décrite par le programme d'enseignement de l'Université de l'Alberta pour 1981-1982 et 1982-1983	Aucune définition disponible
	Surveillance générale - santé communautaire	Aucune définition disponible
Colombie-Britannique College of Dental Surgeons of British Columbia 1125 West 8th Avenue Vancouver, B.C. V6H 3N4	Direction Surveillance personnelle	Direction signifie qu'un dentiste autorisé doit donner des instructions des actes ou donner des soins autorisés, mais il n'est pas nécessaire qu'il soit présent lors de leur exécution Surveillance personnelle signifie qu'un dentiste autorisé doit se trouver dans le bureau; ne s'applique actuellement qu'en cas d'anesthésie locale
Territoires du Nord-Ouest Northwest Territories Registrar Professional Licensing, Dept. of Public Service Government of the Northwest Territories Yellowknife, NWT X1A 2L9	Doivent pratiquer sous la surveillance d'un dentiste	Aucune définition disponible

Tableau 5.4 (suite)

Province/Territoire et Organisme de réglementation	Type de surveillance/milieu	Description/milieu
Yukon Department of Justice, Consumer, Corporate and Labour Affairs Branch Government of Yukon, Box 2703 Whitehorse, Yukon Y1A 2C6	Peuvent dispenser des services sous la direction d'un dentiste	Peuvent dispenser des services dentaires conformément aux instructions d'un dentiste mais pas nécessairement sous sa surveillance immédiate

D'après toutes les définitions qui précèdent, la surveillance générale, exige que le dentiste surveillant soit au courant du travail de l'hygiéniste dentaire sans qu'il soit nécessaire qu'il se tienne à ses côtés. La surveillance directe ou la surveillance sur place exige qu'un dentiste se tienne aux côtés de l'hygiéniste dentaire. Dans le présent rapport, c'est le sens donné à toute mention d'une surveillance générale et directe.

A l'heure actuelle, dans la plupart des provinces et des territoires, les exigences en matière de surveillance varient suivant que l'hygiéniste dentaire travaille dans un cabinet privé de dentiste ou en santé publique, même si elle remplit les mêmes fonctions dans ces deux milieux. Toutes les provinces permettent plus ou moins la surveillance générale en ce qui concerne les hygiénistes dentaires oeuvrant en santé publique. Les exigences relatives à la surveillance de l'exercice en pratique privée sont plus strictes : on permet une surveillance (direction) générale de presque toutes les fonctions des hygiénistes dentaires en Colombie-Britannique, la seule exception étant l'administration de l'anesthésie locale. Dans d'autres provinces, les organismes de réglementation interprètent la surveillance d'une façon plus stricte. La plupart du temps, un dentiste doit se trouver dans le même bureau; dans certains cas, ce doit être le dentiste qui emploie l'hygiéniste dentaire. En Ontario, les exigences en matière de surveillance sont tellement rigides qu'une hygiéniste dentaire n'est pas autorisée à enseigner les techniques d'hygiène buccale à un patient en l'absence d'un dentiste (ODHA, 1979, 1981). Les exigences en matière de surveillance dans l'exercice de l'hygiène dentaire devraient être révisées et modifiées pour correspondre à la situation actuelle (Monteith, 1984).

Aux États-Unis, dans la plupart des États, les exigences en matière de surveillance sont beaucoup moins rigides qu'au Canada et plusieurs États où l'on exige plus qu'une surveillance générale sont en train de réexaminer leurs normes (ADHA, 1982).

La persistance d'exigences strictes en matière de surveillance des hygiénistes dentaires reflète une situation dans laquelle le progrès et les changements reliés à la formation des hygiénistes dentaires et au processus de délivrance des permis d'exercice ne sont pas appréciés. Les hygiénistes dentaires sont maintenant des diplômées d'établissements d'enseignement reconnus et sont autorisées à pratiquer leur profession par la Loi. Exiger une surveillance stricte, c'est ne pas reconnaître leur formation et leur compétence clinique non plus que la nature de leur travail.

Cette situation inhabituelle est encore plus évidente lorsqu'on examine la surveillance requise dans les autres professions de la santé au Canada. Une étude informelle d'autres professions de la santé révèle qu'au Canada, un tel degré de surveillance n'est exigé que dans le cas des hygiénistes dentaires (Johnson, 1982). Il est rare que des professionnels de la santé qui doivent avoir suivi avec succès un programme de cours accrédité et en plus, bien souvent, doivent se soumettre à des examens pour obtenir la permission d'exercer leur profession ne soient autorisés à travailler que sous une surveillance étroite. Scheffman et Applebaum (1982) de même que Evans et Williamson (1978) parlent des hygiénistes dentaires comme d'un exemple de réglementation inutilement restrictive. Comme l'a déclaré un ancien directeur exécutif de l'American Dental Association : "... il est grand temps de réexaminer la question de la supervision en dentisterie et de prendre en considération les normes de la profession médicale en ce qui a trait à la surveillance des infirmières qui sont souvent, et parfois quotidiennement, engagées dans des situations où la vie du patient est en danger, alors qu'il en va tout autrement de la situation des hygiénistes dentaires," (Hillenbrand, 1981). Si l'on exige que les hygiénistes dentaires fassent l'objet d'une surveillance pour protéger le public, la situation actuelle ne tient pas compte du peu de risques auxquels les soins d'hygiène dentaire exposent les patients non plus que du haut degré de formation et de réglementation des hygiénistes dentaires qui sont tenues d'obtenir un permis pour exercer leur profession.

En Colombie-Britannique, les hygiénistes dentaires ont travaillé pendant des décennies sous la direction de dentistes plutôt que sous leur surveillance directe ou indirecte sans que leurs patients aient eu à en souffrir. Il en va de même dans toutes les régions du Canada où les hygiénistes dentaires travaillent en santé publique. Une enquête a été entreprise en 1982 par le Working Group on the Practice of Dental Hygiene dans neuf États américains où une surveillance générale est exigée, afin de vérifier s'il y avait eu des problèmes ou des plaintes relatives à l'exercice de l'hygiène dentaire dans ces conditions (voir l'annexe F). Le travail des hygiénistes dentaires dans les États concernés équivalait à 90 années sous surveillance générale. Deux États seulement ont signalé des plaintes officielles en relation avec la surveillance. Dans un de ceux-ci on ne connaît pas le nombre de plaintes. Dans l'autre, où il y a près de 2 500 hygiénistes dentaires travaillant sous surveillance générale depuis 11 ans, on a reçu moins de dix plaintes et aucune n'aurait justifié l'imposition d'une sanction disciplinaire (Johnson, 1982).

On a prétendu que le fait d'exiger une surveillance aussi étroite limite la disponibilité de soins de prévention nécessaires (Monteith, 1984; Cohen et col., 1984; Page, 1984). Cela vient du fait que cela limite l'accès aux soins de dentisterie préventive dans des établissements et des endroits qui ne peuvent se payer les services d'un dentiste à plein temps ou n'en auraient pas besoin. Par exemple, en Ontario, un membre du Conseil du College Royal des chirurgiens dentistes écrit ce qui suit :

> "... la profession a fait peu de choses pour améliorer les soins dentaires pour les personnes vivant dans des établissements de garde et je suis convaincu que si l'on veut corriger cette situation, il importe avant tout que certains membres de la profession modifient leur attitude vis-à-vis du sens de la surveillance..." (Monteith, 1984).

Les exigences rigides en matière de surveillance limitent également le développement d'autres systèmes de dispensation de soins qui pourraient s'avérer plus rentables ou pourraient compléter des services existants. Les exigences actuelles nuisent aussi à l'évaluation de divers types d'arrangements dans la pratique privée.

Le degré de surveillance approprié pour garantir la protection du public devrait dépendre de trois facteurs : le degré de connaissances et de compétence de l'hygiéniste dentaire, le risque que comportent les actes à poser et le jugement professionnel du dentiste qui surveille et de l'hygiéniste dentaire à propos du niveau de surveillance approprié. En exigeant une surveillance étroite, on enlève au dentiste qui surveille et à l'hygiéniste dentaire le droit d'exercer leur propre jugement.

5. Auto-réglementation

Pendant quelques décennies, après que les hygiénistes dentaires eurent commencé à exercer leur profession au Canada, la réglementation exercée par les ordres des dentistes fonctionnait raisonnablement bien. Cela est encore vrai dans certaines parties du Canada où les relations de travail entre les dentistes et les hygiénistes dentaires sont empreintes d'un respect mutuel. Dans les régions où les hygiénistes dentaires n'ont pas été capables de s'occuper de leur propre problème, l'auto-réglementation est devenue une alternative valable à la réglementation exercée par l'Ordre des dentistes.

Plusieurs comités du gouvernement ont fait enquête dans le secteur de la santé dentaire et ont proposé des modifications importantes de la réglementation de l'hygiène dentaire. Dans son rapport publié en 1970, le Comité spécial d'étude sur les auxiliaires dentaires recommandait que les organismes provinciaux d'hygiène dentaire soient responsables de la réglementation, de l'inscription au registre, du champ d'exercice de la profession, de la discipline et des plaintes (Comité spécial d'étude sur les auxiliaires dentaires, 1970). En 1970 également, le Ontario Committee on the Healing Arts publiait une étude exhaustive des professions de la santé en Ontario qui comporte des références à la formation et à la réglementation. On y signale des objections à ce que :

"...un groupe professionnel reçoive le pouvoir de réglementer les activités d'un autre groupe professionnel. Dans le cas des hygiénistes dentaires, il semble particulièrement inopportun que le travail de ce groupe doive être défini et réglementé par un organisme représentant les praticiens exerçant en cabinet privé qui sont leurs employeurs, situation qui pourrait vraisemblablement conduire à placer des restrictions injustifiées sur la pratique subalterne," (Ontario, 1970).

D'autres auteurs en sont venus à des conclusions semblables : la réglementation de l'hygiène dentaire devrait cesser de relever des ordres de dentistes pour être confiée à d'autres organismes (Evans et Williamson, 1978; Scheffman et Applebaum, 1982; Timbrell, 1977). Au moins trois choix ont été proposés, à savoir : des conseils provinciaux en hygiène dentaire (Comité spécial d'étude sur les auxiliaires dentaires, 1970), les divisions d'hygiène dentaire des organismes de réglementation des disciplines de la santé (Johnson, G., 1982), les conseils des associations d'auxiliaires dentaires qui s'occuperaient à la fois de la réglementation des hygiénistes dentaires, des infirmières dentaires, des thérapeutes dentaires et des assistantes dentaires.

En mars 1987, lorsque le ministre de la Santé de l'Ontario, Murray Elston, a annoncé que les hygiénistes dentaires ontariennes allaient jouir de l'auto-réglementation, il a déclaré : "En donnant aux hygiénistes dentaires leur propre organisme de régie, nous augmenterons leur efficacité. Cela leur permettra d'avoir les mécanismes et le pouvoir pour s'occuper de leurs propres problèmes", (ministère de la Santé de l'Ontario, 1987). A l'heure actuelle, les hygiénistes dentaires sont régies par le Collège Royal des chirurgiens dentistes de l'Ontario. Elles ne sont pas membres du Collège et siègent au Conseil du Collège à titre d'observateur n'ayant pas le droit de vote. De plus, la plupart des hygiénistes dentaires sont employées par des dentistes et cette relation entre l'employeur et l'employé a mené à des différends au sujet de leur réglementation. Cette annonce a été faite après des consultations étendues dans le cadre de la révision de la législation sur les professions de la santé. Cette révision, dirigée par Alan Schwartz, un avocat de Toronto, a été organisée en 1983 afin d'examiner toutes les professions de la santé dans la province, qu'elles soient réglementées ou non réglementées. M. Elston a déclaré que l'organisme qui régira les hygiénistes sera établi en 1988, lorsque la nouvelle législation sur les professions de la santé, qui devrait être présentée l'année prochaine, aura été sanctionnée (ministère de la Santé de l'Ontario, 1987).

Un problème doit être résolu pour que les hygiénistes dentaires puissent bénéficier de l'auto-réglementation. Il s'agit de déterminer comment l'exercice de l'hygiène dentaire va être défini. Au Québec, c'est le gouvernement provincial en consultation avec la Corporation professionnelle des hygiénistes dentaires et l'Ordre des dentistes qui établit le champ de la profession (gouvernement du Québec, 1979). Selon Rozovesky (1985) : "Le fait qu'il y ait une loi distincte ne signifie rien, tout dépend des dispositions de ladite loi."

Les dispositions de la Loi couvrent le champ de la profession en décrivant toute la gamme des activités des hygiénistes dentaires. On s'est rendu compte qu'une liste des actes permis se révèle plus restrictive que la définition du champ de la profession d'après les responsabilités qui ne sont pas des activités acceptées pour les hygiénistes dentaires. On trouvera au chapitre VI une description d'autres modes d'approche de la question et la définition du champ de la profession.

6. Transférabilité

Lorsqu'on parle du permis d'exercice de l'hygiène dentaire, la transférabilité, c'est la possibilité pour une hygiéniste dentaire autorisée à exercer sa profession dans une province d'aller l'exercer ailleurs sans avoir à se soumettre à d'autres examens pour obtenir un permis. Au début, la transférabilité ne préoccupait pas beaucoup les hygiénistes dentaires. Presque toutes les provinces permettaient que les diplômées de programmes accrédités d'hygiène dentaire soient inscrites au

Tableau 5.5

Exigences relatives au permis d'exercer ou à l'inscription au registre pour les hygiénistes dentaires, par province ou territoire, 1987

Province/Territoire d'octroi du permis	Diplômées des programmes accrédités par l'ADC	Diplômées de programmes non accrédités	Diplômées de programmes étrangers
COLOMBIE-BRITANNIQUE	Pas d'examen (1) (2) (3)	Examen*	L'admissibilité à un examen est déterminé cas par cas*.
ALBERTA	Pas d'examen (3)	Examen*	Examen*
SASKATCHEWAN	Pas d'examen	Pas d'examen (4)	Pas de règle pour l'octroi d'un permis.
MANITOBA	Pas d'examen	Examen* (5)	Admissibilité jugée cas par cas*.
ONTARIO	Examen clinique requis	Examen*	Examen, admissibilité jugée cas par cas*.
QUÉBEC	Aucun examen pour les diplômées du Québec (6) Voir le tableau 5.1 pour les diplômées des écoles hors de la province. Un examen peut être requis.	Pas d'examen pour les diplômées du Québec (6) Voir le tableau 5.1 pour les diplômées des écoles des autres provinces. Un examen peut être requis.	Admissibilité déterminée cas par cas. Un examen peut être requis.
NOUVEAU-BRUNSWICK	Pas d'examen	Pas de règle pour l'octroi d'un permis.	Pas de règle pour l'octroi d'un permis.
NOUVELLE-ÉCOSSE	Pas d'examen	Admises à l'exercice de la profession si elles ont réussi à l'examen du RCDS de l'Ontario.	Peuvent être admises à exercer la profession si elles ont réussi à l'examen du RCDS de l'Ontario.
TERRE-NEUVE	Pas d'examen	Pas de règle pour l'octroi d'un permis.	Déterminé cas par cas.

Tableau 5.5 (suite)

Province/Territoire d'octroi du permis	Diplômées des programmes accrédités par l'ADC	Diplômées de programmes non accrédités	Diplômées de programmes étrangers
ÎLE-DU-PRINCE-ÉDOUARD	Pas d'examen	Déterminé cas par cas.	
TERRITOIRES DU NORD-OUEST	Pas d'examen (7)	Pas de règle.	Pas de règle.
YUKON	Pas d'examen	Pas d'examen requis si approuvé par l'organisme de réglementation.	Pas d'examen requis si approuvé par l'organisme de réglementation.

* Tous les examens comportent une partie écrite et une partie pratique.

1. Un permis temporaire peut être délivré en attendant que la candidate ait terminé un cours sur l'anesthésie locale.
2. Les candidates doivent avoir réussi les examens requis comme condition pour l'obtention du permis d'exercer dans la province ou l'État dans lequel elles ont fait leurs études en hygiène dentaire. Les candidates ayant un certificat de l'American Dental Association (National Board Dental Hygiene Examination) délivré depuis moins de cinq ans seront exemptées de l'examen écrit.
3. Les diplômées ayant terminé leurs études depuis plus de cinq ans sont soumises à un examen.
4. Le programme doit être reconnu par le College of Dental Surgeons de la Saskatchewan.
5. Aucun examen requis si la personne est autorisée à exercer sa profession dans la province où elle a obtenu son diplôme.
6. Uniquement pour les candidates de l'extérieur du Québec. Un permis temporaire pour un an est délivré à celles qui ne parlent pas couramment le français au moment où elles demandent leur inscription au registre.
7. Si la candidate a reçu un diplôme d'un collège ou d'une école d'hygiène dentaire plus de trois ans avant de faire la demande d'inscription au registre, elle ne sera pas inscrite à moins que dans les trois ans précédant la date de sa demande elle ait : a) exercé la profession d'hygiéniste dentaire ou b) prouvé sa compétence à titre d'hygiéniste dentaire à la satisfaction du Commissaire. 1971 (2nd) c, 4, S5.

registre. La seule exception était l'Ontario qui en vint assez tôt à imposer des examens pour l'obtention d'un permis d'exercer à toutes les hygiénistes dentaires à l'exception des diplômées de l'Université de Toronto.

Dans une société où les déplacements sont de plus en plus fréquents, la question de la transférabilité a pris de l'importance aux yeux de bon nombre d'hygiénistes dentaires et de l'Association canadienne des hygiénistes dentaires (Bryant, 1983). Lors de la réunion du Conseil des directeurs de l'Association canadienne des hygiénistes dentaires, en 1981, la question de la transférabilité était inscrite parmi quatre grands sujets de préoccupation et des activités subséquentes de l'Association ont porté sur ce problème (CDHA, 1981). La transférabilité pose un dilemme pour diverses raisons et notamment le fait que bon nombre de programmes de formation en hygiène dentaire n'ont été accrédités que tardivement. En outre, certaines provinces ne reconnaissent pas le diplôme obtenu au terme d'un cours accrédité par l'ADC comme base pour l'inscription au registre. Dans certaines provinces, il est impossible de s'inscrire au registre quelques années après la fin des études. Une province (Québec) a des exigences en matière de langue. Enfin, le champ de la profession varie d'une province à l'autre. Étant donné que les hygiénistes dentaires sont en grande majorité de sexe féminin, le problème de transférabilité est aggravé par la règle sociale qui veut qu'une femme suive son mari et doive chercher du travail à l'endroit où il est transféré. Le fait d'empêcher les hygiénistes dentaires déjà autorisées à exercer leur profession dans une province de travailler dans une autre suppose que la qualité du service varie à un tel point d'une province à l'autre que le public doive s'en inquiéter (Conseil économique du Canada, 1981).

On trouvera, dans le tableau 5.5, une description des exigences relatives à l'obtention du permis d'exercer l'hygiène dentaire dans les différentes provinces et les territoires. Les variations décrites dans le tableau 5.5 représentent un obstacle pour bon nombre d'hygiénistes dentaires qui, par nécessité ou par choix, déménagent dans une autre province. Au Canada, les diplômées de programmes non accrédités rencontrent beaucoup plus d'obstacles que les diplômées des programmes accrédités par l'ADC. Dans trois provinces, il n'y a, à l'heure actuelle, aucun mécanisme pour autoriser ces hygiénistes dentaires à exercer leur profession.

Possibilité d'augmenter la transférabilité

Pour augmenter la transférabilité, il serait possible, entre autres solutions, de reconnaître la validité de tous les diplômes obtenus à la suite de l'étude de l'hygiène dentaire dans des programmes accrédités par un organisme national d'accréditation. Cela pourrait être étendu aux diplômées des programmes étrangers en vertu d'accords internationaux de réciprocité. Cette solution peut être préférable lorsqu'il s'agit de reconnaître la compétence. Des études confirment qu'on peut mieux évaluer la compétence d'un professionnel en l'observant pendant une période prolongée et en le soumettant à des examens, ce qui se fait pendant le cours des études, qu'en lui faisant passer un examen unique en vue de l'obtention du permis d'exercer (Hangorski, 1981). L'accréditation garantit que les méthodes d'évaluation des étudiants seront conformes à certaines normes de sorte que les diplômées de programmes accrédités peuvent être estimées suffisamment compétentes pour exercer la profession.

Si l'on craint que le temps écoulé depuis la fin des études ou une absence du milieu du travail puisse diminuer la compétence des hygiénistes dentaires, il faut se préoccuper de ce fait pour tous les membres de la profession et pas seulement dans le cas de celles qui désirent être inscrites au registre pour la première fois dans une province quelconque. Les mécanismes pour juger de la compétence devraient être appliqués avec justice à toutes celles qui désirent exercer la profession et non pas seulement à celles qui doivent se faire inscrire au registre.

La transférabilité pour les diplômées de programmes accrédités ne résoudrait quand même pas le problème des diplômées des programmes nord-américains non accrédités. On pourrait, pour ce faire, proposer un examen national en

hygiène dentaire pour ces hygiénistes et pour celles qui ont reçu leur formation dans des pays qui n'ont pas passé d'accord de réciprocité avec le Canada au sujet de l'accréditation.

Une autre solution possible au problème de transférabilité serait que toutes les hygiénistes dentaires qui s'inscrivent au registre pour la première fois soient soumises à un examen au niveau national comme on le fait aux États-Unis. Un examen national pour les hygiénistes dentaires pourrait comporter une partie écrite et une partie clinique portant sur une base normalisée de fonctions remplies par les hygiénistes dentaires (Bryant, 1983; Good, 1982). Le succès à cet examen serait exigé pour pouvoir être inscrite au registre et obtenir le permis d'exercer dans toutes les provinces et tous les territoires. On pourrait envisager deux façons de tenir compte des variations du champ de la profession dans différentes juridictions. En effet, on pourrait notamment accorder des permis temporaires pendant que la candidate poursuit des études pour compléter ses titres de compétence (c'est ce qui se fait actuellement en Colombie-Britannique à propos des techniques d'anesthésie locale et au Québec, concernant la connaissance suffisante du français). D'autre part, on pourrait confier aux hygiénistes dentaires et à leurs employeurs la responsabilité de s'assurer que la candidate possède les connaissances voulues avant d'assumer des fonctions qui ne font pas partie de la base de compétences normalisée, c'est-à-dire qu'on se fierait au jugement et à l'intégrité des professionnels concernés lorsqu'il s'agit d'exécuter des tâches additionnelles, ce qui se fait dans d'autres professions de la santé.

L'institution d'un examen en hygiène dentaire qui serait reconnu dans tout le pays aurait plusieurs avantages. Étant donné le nombre des candidates, il serait possible d'élaborer des examens qui donneraient une idée beaucoup plus valable et certaine de la compétence que la plupart des examens provinciaux pour l'obtention d'un permis d'exercice. Il est évident qu'une norme unique faciliterait la transférabilité. Les inconvénients d'une telle solution seraient les coûts à assumer pour l'élaboration de l'examen et son application et aussi le fait qu'un examen unique peut ne pas fournir une évaluation précise des aptitudes. (Hangorsky, 1981).
Par ailleurs, les provinces pourraient accepter de reconnaître que toute hygiéniste dentaire qui est autorisée à exercer et a bonne réputation sur le plan professionnel dans une autre région du pays est admissible à l'obtention d'un permis d'exercice. Ce principe serait le plus facile à appliquer si l'on pouvait en venir à un accord. En novembre 1986, la Colombie-Britannique a modéré ses exigences relatives à l'inscription au registre, augmentant ainsi les possibilités de transférabilité au Canada. (ACHD, 1987).

7. Conclusions

La réglementation de l'hygiène dentaire préoccupe de plus en plus les membres de la profession. Un grand nombre de structures et de règlements limitent l'accès du public à un nombre important de services de santé dentaire. On considère qu'il est dans l'intérêt du public aussi bien que des hygiénistes dentaires que les organismes d'hygiène dentaire et d'autres groupes intéressés prêtent attention à des questions comme la surveillance obligatoire, la transférabilité et l'auto-réglementation. Il serait possible de changer la réglementation de l'hygiène dentaire de façon qu'elle tienne mieux compte des besoins d'accessibilité aux services dentaires préventifs et corresponde au niveau de responsabilité que, de par leur formation et leur autorisation d'exercer, les hygiénistes dentaires peuvent assumer.

BIBLIOGRAPHIE

Comité spécial d'étude sur les auxiliaires dentaires.

1970 "Législation", rapport du Comité spécial d'étude sur les auxiliaires dentaires, Ottawa : Information Canada, pp. 41-44.

American Dental Association

1983 "Dental Hygiene Bills Before Four States; Hygienists Seek to Expand Practice Limits," ADA News, February 28.

1975 House of Delegates (Resolution 48-1975-H), Transactions 116:695, American Dental Association, Chicago.

American Dental Hygienists' Association

1982 "Supervision - Dental Hygiene", President's Message, Dental Hygiene, May.

1982 Legislation Action Packet N^{O} 3.

American Society of Dentistry for Children

1982 "ASDC Forum", Journal of Dentistry for Children, September-October.

Boase, J.

1982 "Regulation and the Paramedical Professions : An Interest Group Study", Canadian Public Administration, Vol. 25, N^{O} 3, Fall.

Bryant, D.

1983 Workshop on Portability, Canadian Dental Hygienists' Association, September.

Canadian Dental Hygienists' Association

1987 Requirements for Registration of Dental Hygienists in British Columbia, Probe - The Canadian Dental Hygienists' Association Revue.

1983 Annual Meeting Transactions, September.

1980 "Brief Presented by the Canadian Dental Hygienists' Association to the Health Services Review Commission", The Canadian Dental Hygienist, Vol. 4, N^{O} 2, Summer.

Cohen, L.; Labelle, H.; Singer, J.; Blanchford, B.; et Groenman, S.

1984 "Prevalence of non-traditional dental hygiene practice", Journal of Public Health Dentistry, 44(3) Summer.

College of Dental Surgeons of British Columbia

Instructions for Examination, Dental Hygienists, sans date.

1978 Requirements for Registration of Dental Hygienists in British Columbia. Approved by Council, March 20.

DeGrandmont, S., Présidente

1982 Dossier évolutif de l'autorisation d'actes aux hygiénistes dentaires du Québec, 1962-1982.

Corporation professionnelle des hygiénistes dentaires du Québec

Exposé sur l'exercice de l'hygiène dentaire au Québec.

Dental Association of Prince Edward Island

1969 By-Laws of the Dental Association of Prince Edward Island.

Dental Association of the Province of Nova Scotia

1976 Amendments to Regulations made by the Provincial Dental Board pursuant to Section 20 of the Dental Act, being Chapter 75 of the Revised Statutes of Nova Scotia, 1967, Approved by Governor-in-Council, January 13.

Dental Association of the Province of Nova Scotia

1978 "Registration, Licensure and Practice of Dental Hygienists in Canada", The Canadian Dental Hygienist, Vol. 12, N^{O} 1, Spring.

Dental News

1983 "Legislation Updated", The Ontario Dentist, Vol 60 N^{O} 2, February.

Draper, R.A.
1982 Director General, Health Promotion Directorate, Department of National Health and Welfare, "Commitment of National Resources to Health Promotion : the Canadian Experience", Hygie (Journal of the International Union for Health Education) 1(3-4), pp. 43-48.

Conseil économique du Canada
1981 Pour une réforme de la réglementation, p.

Ellis, R.L.
1971 Letter to Working Group on the Practice of Dental Hygiene regarding dental auxiliaries in Alberta, Faculty of Dentistry, University of Alberta, June 17.

Elston, M.J.,
1987 Ontario Dental Hygienists get own governing body. News release, Ontario Ministry of Health, March 12.

Evans, R. et Williamson, M.
1979 Extending American Health Insurance Options for Pharmacare and Denticare, Ontario Economic Council, Research Studies, University of Toronto Press, Toronto.

Fitch, M.A.
1980 "Deregulation or De-licensure : What's in the Future for Dental Hygiene", Dental Hygiene, December.

Forbes, K.
1983 "Self regulation at last! : Hygiene licensing committee formed, "Washington State Dental Hygienists' Assoc. Newsletter. Issue 30 July, p. 1.

Foulkes Report
1974 "The Foulkes Report (Health Security for British Columbians) : A Summary", Hospital Administration in Canada.

Fréchette, S.
1981 Information concernant le personnel dentaire au Québec, D.S.C. Sainte-Justine, Montréal. Octobre. Exposé dactylographié.

Gaylord, C.
1983 Editorial, Washington State Dental Hygienists' Assoc. Newsletter. N^{O} 30. July. p. 2.

Good, E.
1980 Chairman, Committee on Manpower and Utilization, Canadian Dental Hygienists' Association, Report on Portability, May.

Government of the Province of Alberta
1984 Dental Profession Regulation, 328/84
1983 Dental Profession Act, Chapter D-9.5

Hangorski, U.
1980 "Status on the Predoctoral Dental Education Program and Its Impact on Graduate Dental Education", Journal of Dental Education.

Santé et Bien-être social Canada
1980 Législation sur la main-d'oeuvre sanitaire, Main-d'oeuvre sanitaire N^{O} 1/80. Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social.

Hillenbrand, H.
1981 Keynote address to the American Dental Hygienists' Association Annual Session, Dental Hygiene 55(8):10.

Johnson, G.
1982 Communication personnelle au président du Legislation Committee, Dental Auxiliaries' Association of Manitoba.

Johnson, P.
1982 Dental Hygiene Practice Settings - Moving into the 1980's : Background Paper for the Working Group on the Practice of Dental Hygiene, April.
1982 Supervision Requirements for Dental Hygienists in Ontario : A Policy Issue Analysis. December.

Jones, L.
1979 "Dental Hygiene As A Female Dominated Semi-Profession", The Canadian Dental Hygienist, Vol. 13, N^{O} 3. Automne.

Kline, C.
1981 Lettre au Groupe de travail sur l'exercice de l'hygiène dentaire au sujet des permis d'exercer des hygiénistes dentaires en Colombie-Britannique, Faculty of Dentistry, The University of British Columbia, juin.

Manitoba Legislature
1972 SM 1970, c. 103 - Cap. D5. Dental Mechanics Act. Chapter D35 (Bill 109). R.S. Evans, Queen's Printer for the Province of Manitoba.

Manitoba Department of Health and Social Services
1983 Regulation of Dental Auxiliaries in Manitoba, Paper.
1980 Guidelines for the Development of Legislation for the Professions.

McNab, E.
1970 Chapter 1 The Nature of a Registration Act, Chapter 3 Dentists, Chapter 5 Nursing. A Legal History of Health Professions in Ontario : A Study for the Committee on the Healing Arts. Queen's Printer, Toronto.

Mescher, K.D., and Kerber, P.E.
1982 "Criterion-Referenced Minimum Performance Levels for Selected Dental Hygiene Procedures", Educational Directions, March, pp. 24-31.

Michelson, L. and Pearce, J.
1983 "Royal College of Dental Surgeons of Ontario Report", Contact, Newsletter of the Ontario Dental Hygienists' Association, Vol. 3, Issue 1, July.

Michelson, L.
1983 "The Royal College of Dental Surgeons of Ontario : Hygiene" Contact, Newsletter of the Ontario Dental Hygienists' Association, septembre 19, p. 2 et 3.

Monteith, J.A.
1984 "Modern age demands review of supervision of hygienists", Ontario Dentist, Oct. 1984.

Nagle, S.
1982 "Portability Taken to Task", Editorial Comment, The Canadian Dental Hygienist, Vol. 16, N^{O} 2, Summer.

Newfoundland Dental Board
1979 Amendment to the By-Laws, The Newfoundland Dental Board

Ono, Carole
1981 Letter to Working Group on the Practice of Dental Hygiene containing information concerning legislation registration in Ontario of Dental Personnel. Seneca College, September 21.

Ontario Dental Nurses and Assistants Association
1981 "Important Notice", ODNAA Journal, September, p. 10.

Ontario Legislature
1980 Bill 177 : An Act to Provide for the Safe Use of X-Ray Machines in the Healing Arts. 4th Session, 31st Legislature, Ontario, 29 Elizabeth II. Toronto : J.C. Thatcher, Queen's Printer for Ontario.

Ontario Committee on the Healing Arts.
1970 Report of the Ontario Committee of the Healing Arts, Queen's Printer of Ontario, Toronto.

Ontario Dental Hygienists' Association
1981 "Are You Being Supervised Properly?" Contact, ODHA Newsletter December.
1980 "The Royal College of Dental Surgeons of Ontario - May 1980; Dental Hygiene Representation on the RCDS Council," Contact ODHA Newsletter, June. p. 3.
1979 "(1) Options for Dental Hygiene Supervision in Ontario; (2) The Professional Organization Committee," Contact ODHA Newsletter, August.

Ontario Ministry of Health
1987 "Ontario Dental Hygienists Get Own Governing Body", News Release, March 12.

Ontario; The Health Disciplines Act
1981 Revised Statutes of Ontario, 1980; Chapter 196, Part 1 and 2; Government of Ontario, Toronto, September.

Ontario; Regulation 447
1982 Sections 49 and 50; Health Disciplines Act (Dentistry); March.

Prince Edward Island
1975 Laws of Prince Edward Island; Dental Profession Act, (RS PEI 1974, Cap D-4). Charlottetown : G. Williams, K. Auld, Queen's Printer.

Gouvernement du Québec
1982 Décret no. 1132-82 concernant le règlement déterminant certaines fonctions pouvant être accomplies par des personnes autres que les dentistes.

Royal College of Dental Surgeons of Ontario
1981 "Duties of Dental Hygienists" and "Dental Hygiene Examination Report", Dispatch, RCDS Newsletter, August.
1979 A Summary of the Health Disciplines Act as it Pertains to Dentistry. January.

Rozovsky, L.E.
1985 "The Dentist, the Hygienist and the Law", Dental Practice Management, Winter Issue, 1985
1976 "Health Professional Licensure : The New Dilemna", The Canadian Dental Hygienist : Vol. 10, n^{o} 2, Summer.

Saskatchewan
1982 Consolidated Regulations Under The Dental Nurses Act, 1973, Order in Council 1485/73, dated November 6, 1973, Saskatchewan Regulations 268/73, with Amendments to October 22, 1979; January 15 and October 22, 1979.
1981 Bill No 47 of 1980-81 : The Dental Therapist Act.

Scheffman, D.T. and Appelbaum, E.
1982 Social Regulation in Markets for Consumer Goods and Services, Ontario Economic Council Research Studies, University of Toronto Press, Toronto.

VI
L'EXERCICE DE L'HYGIÈNE DENTAIRE – VUE D'ENSEMBLE

Pour tracer des lignes directrices pour l'exercice de l'hygiène dentaire, il faut d'abord procéder à une description de ses caractéristiques. Nous présentons, dans ce chapitre, une vue d'ensemble de l'exercice de l'hygiène dentaire, ainsi qu'un modèle théorique. Nous décrirons les caractéristiques de divers milieux de travail dans le chapitre VII.

1. Sources d'information

La portée des chapitres VI et VII a été limitée par la rareté de l'information sur l'exercice de l'hygiène dentaire au Canada, mais il existe quatre principales sources de données. La première, la banque de données sur l'hygiène dentaire, contient des renseignements, surtout d'ordre démographique, tirés de recensements des hygiénistes dentaires ayant un permis d'exercer et résidant au Canada. Au total, six enquêtes (taux de réponse moyen supérieur à 75 %) ont été menées entre 1976 et 1983 par Statistique Canada en collaboration avec l'Association canadienne des hygiénistes dentaires (Statistique Canada, 1976-1983). La seconde source, soit les données d'un recensement plus complet fait par Lewis (taux de réponse 84 %) fournit des renseignements sur l'effectif d'hygiénistes dentaires, sa répartition, les postes occupés par les hygiénistes dentaires et les modes d'exercice de la profession au Canada, en 1979 (Lewis et coll., 1981; Lewis, 1982; Lewis et Krievins, 1982 et 1983). La troisième source est le document de base préparé pour le Groupe de travail sur l'exercice de l'hygiène dentaire et intitulé : "Dental Hygiene Practice Settings : Moving into the 1980s" (Johnson, 1982). Ce rapport fondé en partie sur les deux sources mentionnées précédemment et comprenant un examen de l'évolution récente de l'hygiène dentaire sur les plans national et international, fournit une vue d'ensemble et une analyse de l'hygiène dentaire et de l'exercice de l'hygiène dentaire. La quatrième source est une enquête en deux parties sur les directeurs des services de santé dentaire provinciaux et sur les hygiénistes dentaires oeuvrant en santé communautaire. Cette enquête a été menée en 1981 et 1982 pour le Groupe de travail (Clovis et Fréchette, 1983). Elle a permis d'obtenir de l'information sur les postes qu'occupent les hygiénistes dentaires dans les services de santé communautaire canadiens ainsi que sur les titres de compétence des hygiénistes dentaires et sur leurs fonctions en santé communautaire.

Nous avons toujours besoin de données exactes sur les hygiénistes dentaires et sur l'exercice de la profession au Canada, particulièrement depuis que, à cause de leur nombre croissant, les hygiénistes dentaires forment un groupe important parmi les dispensateurs de services de santé dentaire (voir également le chapitre VIII). Il faut procéder à un recensement national des hygiénistes dentaires environ tous les quatre ans et faire, tous les dix ans, des études plus complètes, du genre de celle qui a été réalisée par Lewis en 1979. Les analyses subséquentes devraient être fondées sur la praticienne en hygiène dentaire en tant qu'unité d'analyse en plus ou au lieu du poste en hygiène dentaire. Nous espérons que la vue d'ensemble de l'exercice de l'hygiène dentaire suscite la poursuite d'autres recherches dans ce domaine.[1]

---

[1] En Colombie-Britannique, il existe, depuis 1974, une base provinciale de données sur l'hygiène dentaire (HYGFILE). Cette base de données, régulièrement mise à jour avec des données fournies par le Collège des chirurgiens dentistes de la Colombie-Britannique, comprend des variables comme l'âge, le sexe, le nombre d'années d'exercice de la profession, l'année où le diplôme a été obtenu et l'endroit ainsi que le lieu de résidence. Un rapport d'étape, basé sur un questionnaire semblable à celui qui a été utilisé lors d'enquêtes précédentes menées par Statistique Canada a été terminé en 1987 (Pulcins et Lee, 1987). Ces données d'enquête ont été mises à jour en 1987. En outre, une étude nationale pour examiner l'effectif d'hygiénistes dentaires et les besoins dans ce domaine est actuellement entreprise par l'Université de Toronto en collaboration avec l'Association canadienne des hygiénistes dentaires et la Corporation professionnelle des hygiénistes dentaires du Québec. Les sources de données comprennent un recensement national mené en 1987 pour obtenir de l'information sur l'effectif des hygiénistes dentaires et leur répartition, leurs modes de travail, les situations qu'elles occupent et les fonctions qu'elles remplissent au Canada.

2. Définition et cadre d'analyse

L'hygiéniste dentaire a recours à des moyens préventifs thérapeutiques, cliniques et éducatifs ainsi qu'à des activités de recherche pour promouvoir l'hygiène bucco-dentaire et contribuer ainsi à préserver la santé du public. Cela suppose que l'hygiéniste dentaire se sert de ses connaissances, de son jugement et des aptitudes qu'elle a acquises par des études et par expérience.

L'exercice de l'hygiène dentaire a toujours été décrit par l'énumération d'actes ou de tâches prescrits par la loi. Ces énumérations sont en rapport avec l'aspect clinique de l'exercice de l'hygiène dentaire qui intervient principalement dans la cavité buccale. Elles sont un obstacle à l'étude d'autres modes d'exercice. Les actes permis par la loi dans la plupart des provinces sont décrits dans le tableau 6.1. Pour autoriser certains actes, certaines provinces exigent que l'hygiéniste dentaire ait suivi des cours de perfectionnement. Deux provinces, soit la Colombie-Britannique et la Saskatchewan, autorisent les hygiénistes dentaires à administrer l'anesthésie locale. La Saskatchewan permet aux hygiénistes dentaires ayant reçu un supplément de formation de pratiquer de petites interventions de chirurgie parodontaire.

On peut également aborder l'examen de l'exercice de l'hygiène dentaire par le biais des rôles, des fonctions, des milieux et de l'activité. L'hygiéniste dentaire peut remplir un ou plusieurs rôles, par exemple ceux de praticienne clinique, d'éducatrice, de gestionnaire, de chercheuse ou de consultante. Dans ces rôles, l'hygiéniste dentaire fonctionne à différents niveaux de responsabilité dans une gamme de milieux traditionnels et non traditionnels d'exercice de l'hygiène dentaire où elle accomplit diverses tâches. Celles-ci peuvent comprendre les actes prévus par la loi dont il a été question plus haut. Cette approche utilisée par Johnson (1982) est plus large du point de vue théorique que la traditionnelle liste de tâches et correspond au modèle d'exercice de l'hygiène dentaire que nous présenterons plus loin dans ce chapitre. De ces quatre aspects de l'exercice de l'hygiène dentaire, le milieu d'exercice est le mieux documenté. C'est pourquoi le milieu dans lequel l'hygiéniste dentaire exerce sa profession est le centre de cette vue d'ensemble.

Les mots milieu d'exercice sont interprétés d'une façon large et englobent toutes les situations d'emploi dans lesquelles la titulaire remplit un rôle convenant à une hygiéniste dentaire. Par conséquent, le concept de milieu est élargi et ne couvre pas uniquement les cabinets dentaires privés, les organismes de santé publique et les établissements d'éducation en hygiène dentaire; il englobe, par exemple, les hôpitaux, les centres de soins prolongés et les centres de santé communautaire. On trouve, dans des articles récents de revues canadiennes et américaines pour les dentistes et les hygiénistes dentaires, des descriptions des programmes d'étude, des milieux d'exercice et des activités à l'intention de celles qui désirent élargir leur rôle tant dans l'exercice clinique que dans l'exercice non clinique, à la fois dans le cadre des lois existantes et au-delà.[2]

Par suite de l'augmentation du nombre et des types de milieux d'exercice ainsi que des rôles des hygiénistes dentaires dans ces milieux, nous aurons probablement tendance à cesser de percevoir l'exercice de l'hygiène dentaire comme l'exercice de fonctions essentiellement cliniques. Cette tendance est en accord avec la perception de l'hygiène dentaire comme une nouvelle profession de la santé plutôt que comme un

---

2 Par exemple, Cotton et Ibbott, 1985; Clovis et Fréchette, 1984; Stein, 1984; Strevens, 1984; Cotton, 1983; Feller et Forgay, 1983; Showers, 1983; Clovis, 1983; Dimitri, 1982; Gunther, 1982; Bryant, 1981; Hemming, 1981; Kolthammer, 1981; Wong, 1981; Metzger et Forrest, 1980; Brine, Rossman et Mescher, 1979; Meskin, 1979; Miller, 1979; Darby et Bowen, 1977; Dummett, 1976; Martin, 1976.

métier de technicien. Les définitions plus complètes de l'exercice de l'hygiène dentaire et des milieux où travaillent les hygiénistes dentaires, qui ont été décrites précédemment, conviennent à la fois aux rôles traditionnels et aux nouveaux rôles des hygiénistes dentaires. En outre, elles tiennent davantage compte des milieux d'exercice existants et potentiels.

3. Modèle théorique de l'exercice de l'hygiène dentaire

La conceptualisation de l'exercice de l'hygiène dentaire comme un processus comportant la solution de problèmes plutôt que comme une série de tâches délimitées non seulement permet de mieux comprendre l'exercice de l'hygiène dentaire mais encore facilite l'élaboration de normes d'exercice. Pour aider à la conceptualisation de l'exercice, le Groupe de travail sur l'exercice de l'hygiène dentaire a mis au point un modèle schématique qui est présenté dans la figure 6.1. Ce modèle s'inspire du modèle de résolution de problèmes appliqué aux soins infirmiers (Braden et Herban, 1976) et à la santé communautaire (Cormier et Levy, 1981). L'objet du modèle est de décrire le concept de l'exercice d'une façon graphique, simple et aussi précise que possible. Un tel modèle schématique ne se prête pas à une étude scientifique scrupuleuse mais il devrait être considéré comme un modèle réaliste, applicable à toute une gamme de modes d'exercice. Il devrait stimuler la compréhension de la nature et du champ de l'exercice de l'hygiène dentaire.

Dans ce modèle, on a recours à l'approche systématique pour faire ressortir les interactions entre les éléments fondamentaux de l'exercice de l'hygiène dentaire et l'activité qui en résulte, laquelle, à son tour, engendre un besoin d'adaptation et de changement. Dans le contexte du présent rapport, le "système" est l'exercice de l'hygiène dentaire, c'est-à-dire la dispensation de services et l'accomplissement de fonctions dans un environnement dynamique. L'exercice comprend quatre éléments fondamentaux, à savoir, l'examen préalable, la planification, l'intervention et l'évaluation. Ces éléments sont reliés dans le modèle pour illustrer la séquence, la direction et la continuité. Les lignes à l'intérieur de chaque élément peuvent représenter des sous-éléments comme les tâches, les fonctions et les normes. Le cercle, au centre, représente les dépenses d'énergie et les activités qui garantissent la qualité du service, notamment des mécanismes déclenchés par l'individu lui-même et par l'extérieur, par exemple la participation à des programmes formels ou informels d'éducation continue pour se tenir au courant des modes d'exercice approuvés et des progrès de la recherche, la recherche de conseils auprès de collègues ou de dentistes surveillants, l'analyse des besoins personnels en matière de formation ou de perfectionnement et l'évaluation de patients et de dossiers faite par une tierce personne. Tout le processus se déroule à l'intérieur d'un milieu qui l'influence fortement. Le milieu englobe les paramètres d'exercice imposés par la loi, la recherche actuelle sur les services dentaires, la formation en hygiène dentaire, le personnel oeuvrant en santé dentaire, les facteurs économiques et sociaux, les préoccupations des professionnels de la santé dentaire mais aussi des consommateurs qui bénéficient de services de santé dentaire et enfin le milieu physique qui entoure l'hygiéniste dentaire à son travail.

Le modèle d'exercice de l'hygiène dentaire peut servir d'instrument pour examiner l'exercice de la profession par un individu dans pratiquement tous les milieux. Le tableau 6.2 illustre l'application du modèle à certains milieux choisis. Il montre à quoi l'examen des éléments de base de l'exercice peut servir et les similitudes entre les différents types de milieux. Le modèle a été particulièrement utile au Comité consultatif sur l'élaboration des normes relatives à l'exercice clinique de l'hygiène dentaire. (Voir la préface.)

4. Perspective historique

Comme il a été dit dans le chapitre II, l'hygiène dentaire est reconnue légalement aux États-Unis depuis 1907 et au Canada depuis 1947. Pendant bon nombre d'années, l'exercice de l'hygiène dentaire ne comportait pratiquement que les fonctions traditionnelles, à savoir : la prophylaxie buccale, les conseils aux clients, la prise de radiographies et l'application topique de fluorure, avec parfois quelques variations minimes (Motley, 1986 et 1973). Mais au cours

Tableau 6.1
Actes cliniques posés par les hygiénistes dentaires en conformité avec la loi, Canada, 1985[1]

L'exercice de l'hygiène dentaire au Canada, tel que défini par les législations provinciales, comporte tous les actes énumérés ci-après ou une combinaison de ceux-ci :

i SOINS AU PATIENT

a) prendre l'anamnèse
b) examiner l'état de la cavité buccale
c) examiner la tête et le cou dans les limites de la dentisterie
d) vérifier la vitalité de la pulpe
e) enregistrer les signes vitaux
f) prendre des radiographies (intrabuccales, des panographies et des radiographies céphalométriques) et les développer
g) prendre des empreintes et préparer les modèles d'étude
h) administrer des soins d'urgence
i) détartrer et polir les racines des dents
j) polir les couronnes cliniques
k) appliquer les agents topiques contre la carie
l) appliquer les agents de scellement des puits et fissures
m) désensibiliser les dents
n) appliquer des médicaments topiques
o) retirer les surplombs (pour refaire le contour des restaurations existantes)
p) polir les restaurations à l'amalgame
q) appliquer et enlever les pansements parodontaires
r) enlever les points de suture
s) appliquer et enlever les digues en caoutchouc

ii ÉDUCATION EN SANTÉ DENTAIRE

a) donner des conseils sur l'hygiène dentaire
b) planifier, exécuter et évaluer des programmes communautaires d'éducation en hygiène dentaire
c) faire du dépistage et dresser des statistiques épidémiologiques

iii DENTISTERIE RESTAURATRICE 2[a]

a) appliquer et enlever les matrices et les coins
b) placer les restaurations temporaires
c) placer, sculpter et polir les restaurations en matière plastique
d) mettre en place les fonds de cavité lorsque la pulpe n'a pas été exposée

iv TECHNIQUES D'ORTHODONTIE 2[b]

a) placer et enlever les séparations orthodontiques
b) ajuster les bagues d'orthodontie avant de les cimenter
c) cimenter les bagues d'orthodontie
d) enlever les attaches d'orthodontie

Tableau 6.1 (suite)

TECHNIQUES D'ORTHODONTIE (suite)

e) enlever l'excès de ciment après avoir cimenté les bagues d'orthodontie
f) mettre en place des attaches orthodontiques (collage direct)
g) prendre des empreintes orthodontiques
h) mettre en place des fils orthodontiques préparés par le dentiste
i) ajuster les appareils de maintien de l'espace
j) prendre et noter les observations préliminaires sur les occlusions
k) classer les occlusions et repérer les défauts de déglutition
l) faire des tracés céphalométriques
m) donner des instructions sur la façon de mettre en place et de retirer des appareils orthodontiques amovibles

v AUTRES

a) administrer un anesthésique local 2[c]
b) effectuer des interventions de chirurgie parodontaire mineure 2[d]
c) appliquer des techniques prothétiques 2[e]

1. Adapté de Hygiène dentaire au Canada : mobilité, services de placement, organismes d'autorisation, dépliant de l'Association canadienne des hygiénistes dentaires, Ottawa, 1983.

2. L'autorisation de poser certains de ces actes ou tous ces actes dépend de la réussite aux examens au terme d'un cours de perfectionnement.
   a) Actuellement dans toutes les provinces excepté l'Alberta et la Colombie-Britannique
   b) Actuellement dans toutes les provinces sauf l'Ile-du-Prince-Édouard, le Québec, l'Ontario et l'Alberta
   c) Actuellement seulement en Saskatchewan et en Colombie-Britannique
   d) Actuellement, seulement en Saskatchewan
   e) Actuellement, seulement au Manitoba

des années 1960 et 1970, des changements rapides et étendus ont eu lieu. C'était l'époque de "l'élargissement des fonctions" accompagné d'un changement aux niveaux de la formation et de la législation dans un certain nombre d'États et de provinces.

Woodall et ses co-auteurs (1985) ont relevé les discussions qui ont eu lieu parmi les hygiénistes dentaires, les dentistes et d'autres groupes au cours des 20 dernières années. On se préoccupait non seulement des types de tâches qui devraient être ajoutées à l'exercice de l'hygiène dentaire mais aussi d' :

> "...augmenter la diversité des milieux et la gamme des responsabilités et des décisions qu'une hygiéniste peut assumer. Au début des années 1970, l'American Dental Hygienists' Association considérait les lieux d'exercice comme les hôpitaux, les centres pour personnes âgées, les établissements carcéraux et les centres pour les handicapés physiques et mentaux comme des lieux convenables pour servir le public" (Woodall et coll., 1985).

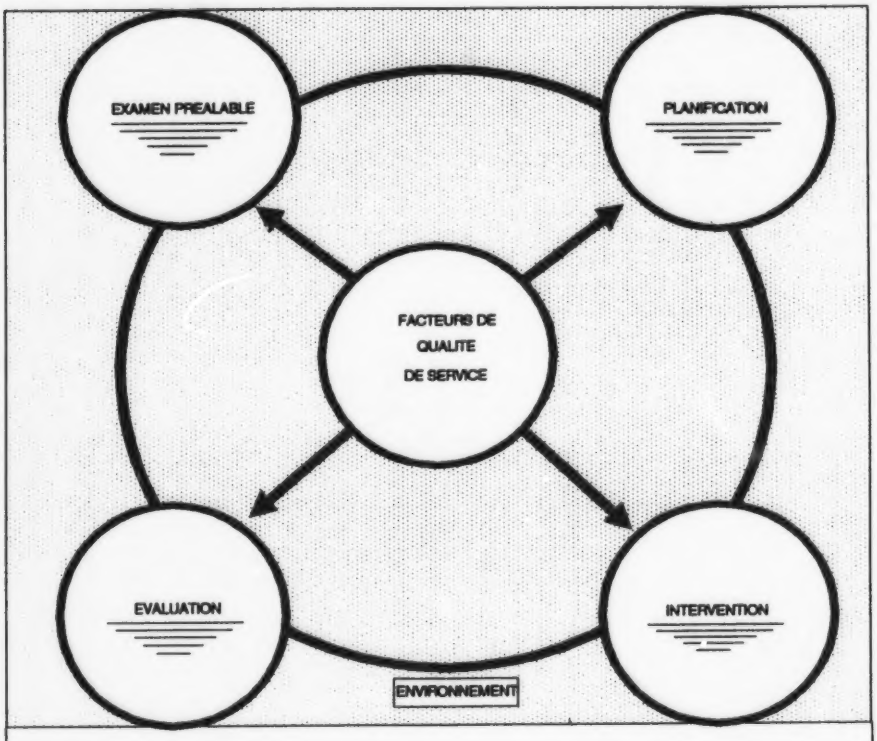
L'Association canadienne des hygiénistes dentaires a fait une déclaration dans le même sens, en 1981, en recommandant que des programmes de santé dentaire faisant appel aux services d'hygiénistes dentaires soient créés dans différents centres communautaires ou dans des établissements (ACHD, 1981). Cette recommandation était en accord avec la définition de l'hygiéniste dentaire établie par l'Association et dans laquelle on identifiait une série de milieux de travail et de capacités fonctionnelles convenant aux hygiénistes dentaires (ACHD, 1983).

Les actes cliniques posés par les hygiénistes dentaires peuvent maintenant comprendre l'anesthésie locale, le curetage des tissus mous, la mise en place des restaurations et l'application de certaines techniques d'orthodontie et de prosthétique en plus des fonctions plus traditionnelles. En permettant la supervision indirecte et générale des hygiénistes dentaires, on pourrait contribuer éventuellement à l'établissement de nouveaux milieux de travail et de nouveaux modes d'exercice et avoir, par exemple, des hygiénistes dentaires indépendantes travaillant à contrat comme il en existe aux États-Unis. Comme il arrive dans le cas de tout changement, les provinces et les praticiens n'ont pas tous répondu au même moment et avec le même degré d'acceptation. Dans les années 1980, l'exercice de l'hygiène dentaire reflète les variations survenues au niveau de la législation, des programmes de formation, des écoles et de l'année d'obtention du diplôme, des compétences et des intérêts individuels, des attentes de l'employeur et des milieux d'exercice qui existent dans différentes parties de l'Amérique du Nord.

D'après Johnson (1982), au Canada, la transition se traduit par une modification des pourcentages d'hygiénistes dentaires actives dans leur profession et des milieux d'exercice. Le tableau 6.3 illustre les changements survenus au cours d'une période de 18 ans. Le pourcentage des hygiénistes dentaires dans la main-d'oeuvre active a augmenté au cours de cette période. En 1983, 81 % des hygiénistes dentaires canadiennes étaient en exercice actif, tandis qu'aux États-Unis ce pourcentage était de 72 % (ADHA, 1985). En ce qui a trait au milieu de travail, on constate une augmentation régulière du pourcentage des hygiénistes dentaires employées dans des cabinets dentaires privés et une diminution correspondante du pourcentage de celles qui exercent leur profession dans des centres de santé communautaire. Bien que la proportion des hygiénistes dentaires en santé communautaire ait diminué, passant de 30 % en 1965 à 10 % en 1981, le nombre effectif des membres de la profession oeuvrant dans ce milieu a augmenté. Dans des établissements d'enseignement post-secondaire, le pourcentage a diminué depuis le milieu des années 1970, encore une fois principalement à cause du nombre croissant d'hygiénistes dentaires qui sont employées dans des cabinets dentaires privés.

5. Classification et répartition des milieux de travail

Il existe au Canada différents milieux d'exercice de l'hygiène dentaire. On trouvera, au tableau 6.4, une liste des milieux traditionnels et des milieux qui ont fait leur apparition plus récemment. Les milieux d'exercice aux États-Unis sont aussi mentionnés étant donné



DÉFINITION DES ÉLÉMENTS :

○ EXAMEN PRÉALABLE	collecte et analyse de données
○ PLANIFICATION	formulation des buts, des objectifs et d'un plan
○ INTERVENTION	mise en oeuvre du plan
○ ÉVALUATION	appréciation de l'efficacité du programme de traitement
○ FACTEURS DE QUALITÉ DE SERVICE	mécanismes pour assurer un service de haute qualité
⊜ SOUS-ÉLÉMENTS À L'INTÉRIEUR DE CHAQUE CERCLE	peuvent comprendre des tâches, des fonctions, des normes
▭ ENVIRONNEMENT	comprend les paramètres imposés par la loi, les types de personnel oeuvrant en santé dentaire, la formation en hygiène dentaire, la recherche en santé dentaire, les préoccupations des professionnels et des consommateurs, le milieu physique, les facteurs économiques et sociaux

Figure 6.1 Modèle d'exercice de l'hygiène dentaire

Tableau 6.2

Modèle d'exercice de l'hygiène dentaire : application des quatre éléments

Élément du modèle	Type d'exercice de l'hygiène dentaire			
	Cabinet privé	Santé communautaire	Éducation	Recherche
EXAMEN PRÉALABLE	. juger de l'état de santé du client . prendre en note l'histoire du client : personnelle, médicale, dentaire . effectuer un examen clinique . diagnostiquer les besoins de soins d'hygiène dentaire	. déterminer le statut en santé communautaire : . recueillir et analyser des données . identifier les facteurs qui influencent la santé bucco-dentaire : socio-économiques, politiques, environnementaux, etc. . déterminer les priorités	. identifier les groupes de clients et les individus . identifier les ressources . déterminer les besoins en éducation	. identifier les besoins/sujets de recherche
PLANIFICATION	. planifier des services d'hygiène dentaire . en assurer le paiement	. planifier un programme dans le cadre des lois régissant les professionnels de la santé et des services . assurer le financement	. élaborer des programmes d'enseignement . mettre des programmes d'enseignement à l'épreuve	. concevoir des programmes d'étude . préparer des demandes de subventions ou trouver d'autres sources de financement
INTERVENTION	. dispenser les services d'hygiène dentaire - traitement - éducation - counseling	. appliquer un programme	. enseigner au client . faciliter l'apprentissage	. effectuer des recherches

Tableau 6.2 (suite)

Type d'exercice de l'hygiène dentaire

Élément du modèle	Cabinet privé	Santé communautaire	Éducation	Recherche
ÉVALUATION	. évaluer le client - rappel - nouvel examen . évaluer les soins . évaluer les services d'hygiène dentaire	. évaluer les résultats : efficacité théorique, efficacité réelle, efficience . évaluer le processus . évaluer la structure	. évaluer le programme d'enseignement . répondre aux exigences pour l'accréditation . publier les résultats	. analyser la recherche . évaluer les conclusions et leurs conséquences

Tableau 6.3
Répartition des hygiénistes dentaires au Canada par type de milieu de travail et statut professionnel pour des années choisies entre 1965 et 1983.

Année de recensement	Nombre total d'hygiénistes	Pourcentage travaillant en hygiène dentaire	Type de milieu d'exercice*			
			Cabinet privé	Santé publique	Enseignement post-secondaire	Autre
		%	%	%	%	%
1965	307[1]	-	61.0	31.0	7.0	-
1968	544[4]	75.0**	-	28.4[2]	-	-
1971	849[4]	75.0**	-	21.9[2]	-	-
1973	1,117[4]	76.0[3]	74.0[3]	(————	26.0[3]	————)
1975[5]	1,495	78.3	74.2	16.1	7.8	1.9
1977[6]	2,003	79.6	77.3	13.3	7.8	1.6
1979[6]	3,126	80.8	79.1	12.1	6.8	2.0
1981[6]	3,708	82.4	82.9	9.1	6.3	1.7
1983[6]	4,855	81.0	82.2	10.1	5.4	2.2

* Ces chiffres ne sont pas corrigés pour tenir compte du fait que certaines hygiénistes dentaires travaillent à plus d'un endroit.

** Estimation des hygiénistes dentaires faisant partie de la main-d'oeuvre active.

Sources : Mise à jour d'un document de Johnson, P.M., Dental Hygiene Practice Settings : Moving into the 1980s. (Inédit)

1. Association canadienne des hygiénistes dentaires. Enquête inédite. 1965.
2. Santé et Bien-être social Canada. Rapport de S.B. French, 1971. Division de la santé dentaire, Direction générale des services de santé, Ottawa (ce pourcentage est basé sur une estimation de la main-d'oeuvre)
3. Kline, C. et Sipko, K. "CDHA manpower and utilization survey results." The Canadian Dental Hygienist, 8(2):29-31, 1974.
4. Santé et Bien-être social Canada. Répertoire de la main-d'oeuvre sanitaire au Canada, 1980. (Basé sur une estimation de 140 en Alberta en 1973.)
5. Statistique Canada. Calculs préliminaires du recensement des hygiénistes dentaires en 1975 au Canada. Main-d'oeuvre sanitaire, Division de la santé, Ottawa.
6. Statistique Canada. Hygiénistes dentaires : calculs pour les enquêtes de 1977, 1979, 1981, 1983. Main-d'oeuvre sanitaire, Division de la santé. Ottawa.

que l'exercice de la médecine dentaire et de l'hygiène dentaire au Canada reflète certaines tendances américaines avec le temps. Ces catégories de milieux d'exercice sont décrites plus en détail dans le chapitre VII. Il est intéressant de remarquer que, au Canada, les principaux milieux "traditionnels" d'exercice de la profession ont été les cabinets dentaires privés, les services de santé publique et les établissements d'enseignement, mais que les deux derniers milieux sont considérés comme "non traditionnels" aux États-Unis (Cohen et coll., 1984).

Le principal milieu d'exercice de la profession d'hygiéniste dentaire au Canada est le cabinet dentaire privé. Au nombre des emplois en hygiène dentaire signalés par Statistique Canada dans son rapport d'enquête de 1983 (voir le tableau 6.5), 82,2 % étaient dans des cabinets privés, la majeure partie chez des dentistes généralistes (68,0 %). Le deuxième groupe en importance oeuvrait dans le secteur de la santé publique (10,1 %). En réalité, le nombre des emplois dépasse le nombre des hygiénistes dentaires puisque, d'après les observations de Lewis, environ une hygiéniste sur cinq (18,5 %) travaille pour plus d'un employeur (Lewis et coll., 1981). Comme il est indiqué dans le tableau 6.5, la plupart des postes supposent un travail équivalent à plus de deux jours par semaine. En outre, les postes dans les services de santé publique sont pour la plupart (78,5 %) à plein temps (35 heures ou plus par semaine). Le rapport Lewis fournit plus de détails sur la répartition des milieux d'exercice au cours de l'année 1979. De tous les postes recensés, 83,5 % étaient dans le secteur privé et 16,5 % dans le secteur public, soit dans des organismes de santé publique, des établissements d'enseignement et des hôpitaux. Dans 90 % des postes recensés, l'exercice de l'hygiène dentaire comprenait des services de soins directs aux clients.

Statistique Canada fournit de l'information sur la répartition des hygiénistes dentaires d'après leur principal employeur, c'est-à-dire celui pour lequel elles travaillent le plus grand nombre d'heures par semaine. Le tableau 6.6 contient des chiffres sur cette répartition pour 1983. Le cabinet dentaire privé est le milieu d'exercice le plus fréquent dans l'ensemble du pays, mais on peut voir des variations dans les provinces. Par exemple, en Ontario, le nombre élevé d'hygiénistes dentaires travaillant pour la plupart dans des cabinets dentaires privés dépasse la moyenne nationale. Dans les provinces de l'Atlantique, en Alberta et au Québec, le pourcentage des postes en santé publique est relativement plus élevé que dans les autres provinces. A l'Ile-du-Prince-Édouard, l'existence d'un programme de soins dentaires financé par les fonds publics et destiné aux écoliers est appliqué, pour une large part, par des hygiénistes dentaires, ce qui explique le pourcentage élevé de postes en santé publique dans cette province.

En comparaison, aux États-Unis, en 1983, 88,2 % des hygiénistes dentaires travaillaient dans des cabinets dentaires privés (Cohen et coll., 1984). Ce pourcentage était un peu plus élevé que le pourcentage relevé au Canada (82,2 %) cette année-là (Statistique Canada, 1983). D'après Cohen et ses collaborateurs (1984), un certain nombre d'hygiénistes dentaires exerçaient leur profession dans des milieux considérés non traditionnels aux États-Unis (voir le tableau 6.7). L'exercice de l'hygiène dentaire dans ces milieux était en relation avec le nombre d'années écoulées depuis l'obtention du permis d'exercice et avec les exigences de l'État en ce qui a trait à la surveillance; les hygiénistes dentaires oeuvrant dans des milieux non traditionnels détenaient un permis d'exercice depuis plus longtemps et travaillaient dans des états où une surveillance dite "générale" était permise. Nous ne possédons pas encore de renseignements de ce genre sur les hygiénistes dentaires au Canada.

Les enquêtes de Statistique Canada ont permis de recueillir des données sur la répartition des hygiénistes dentaires suivant l'importance des collectivités/populations, mais elles n'ont pas encore été mises en tableau. D'après l'enquête menée par Lewis, en 1979, la plupart (58,5 %) des milieux d'exercice se trouvent dans des centres urbains ayant une population d'au moins 100 000 habitants; près de un milieu sur trois (30 %) était dans des centres dont la population

Tableau 6.4

Milieux existants et potentiels d'exercice de l'hygiène dentaire au Canada, par ordre de prévalence, 1985

Type de milieu d'exercice

Traditionnel	Nouveau	Non évident
1. Cabinet dentaire privé a. généraliste b. spécialiste (i) parodontologie (ii) orthodontie (iii) pédodontie (iv) autre c. combinaisons de a et b	1. Autres genres de cabinets dentaires privés a. exercice de groupe en plusieurs endroits b. cliniques dans des centres commerciaux	1. Organismes de conservation de la santé
2. Services de santé publique (fédéraux, provinciaux, régionaux et municipaux)	2. Établissements autres que les hôpitaux, par exemple, établissements correctionnels	2. Cliniques sur les lieux de travail
3. Établissements d'enseignement post-secondaire	3. Milieux communautaires autres que les écoles, par exemple des établissements de soins de longue durée	3. Cabinets d'hygiène buccale
4. Forces armées	4. Industrie dentaire	4. Cabinets d'hygiène dentaire a. pigiste b. praticiennes associées à un dentiste c. praticienne indépendante
5. Hôpitaux	5. Clinique dentaire de syndicats ou de sociétés pour les membres et les employés	
	6. Établissements offrant des possibilités de recherche	

Source : Adapté de Johnson, P.M. Dental Hygiene Practice Settings : Moving into the 1980s (inédit).

Tableau 6.5
Postes d'hygiénistes dentaires au Canada, par type d'employeur et heures habituelles d'emploi par semaine, 1983.*

Type d'employeur	Nombre total	%	Heures travaillées par semaine: 35 ou n	%	17-34 n	%	1-16 n	%
1. Cabinet dentaire privé -								
a. dentiste généraliste seulement	2,713	(68.0)	908	(33.5)	1,392	(51.3)	413	(15.2)
b. généraliste et spécialiste	425	(10.6)	113	(26.6)	195	(45.9)	117	(27.5)
c. spécialiste seulement	144	(3.6)	70	(48.6)	54	(37.5)	20	(13.9)
2. Organisme de santé publique	404	(10.1)	317	(78.5)	63	(15.6)	24	(5.9)
3. Établissement d'enseignement post-secondaire	217	(5.4)	79	(36.4)	57	(26.3)	81	(37.3)
4. Autres	88	(2.2)	46	(52.3)	14	(15.9)	28	(31.8)
TOTAL	3,991	(99.9)						

* Le total des types d'employeurs comprendrait des duplications lorsque une hygiéniste dentaire signale avoir plus d'un employeur ou plus d'un type d'employeur.

Source : Statistique Canada. Calculs des résultats de l'enquête de 1983 sur les hygiénistes dentaires au Canada. Division de la santé. Ottawa.

Tableau 6.6
Répartition des hygiénistes dentaires exerçant au Canada, par type de milieu d'exercice principal et par province d'emploi, 1983.

Lieu d'emploi	Type de milieu d'exercice principal: Cabinet dentaire privé: Généraliste	Spécialiste	Combinaison	Santé publique	Établis. post-sec.	Autre
Canada	2,713	425	144	404	217	88
Terre-Neuve	13	-	02	01	-	01
I.-P.-É.	07	-	-	07	-	01
Nouvelle-Écosse	83	21	06	26	12	09
Nouveau-Brunswick	22	06	02	12	-	03
Québec	434	39	25	162	53	22
Ontario	1,387	255	73	76	75	30
Manitoba	56	11	05	03	05	03
Saskatchewan	10	-	02	03	08	-
Alberta et T.N.-O.	92	10	05	53	10	04
Colombie-Britannique et Yukon	364	43	15	20	21	09

Note : Le total des types de milieux comprendrait des duplications à cause des hygiénistes dentaires qui travaillent dans plus d'un milieu d'exercice.

Source : Statistique Canada, Division de la santé, Banque de données sur l'hygiène dentaire, enquête de 1983. Ottawa, 1984. (Comprend des données jusqu'alors inédites.)

Tableau 6.7

Répartition des hygiénistes dentaires dans des milieux d'exercice non privés aux États-Unis, 1983 (Données d'une enquête sur un échantillon national d'hygiénistes dentaires en exercice n = 16 941)

Type de milieu d'exercice non privé	Nombre	Pourcentage
Total	2180	109.6*
École de médecine dentaire ou d'hygiène dentaire	714	35.9
Clinique financée par le gouvernement	452	22.7
Clinique non financée par le gouvernement	329	16.5
Garderies, écoles ou centres de soins universitaires	312	15.7
Hôpitaux	185	9.3
Établissement de soins prolongés	130	6.5
Grands magasins	35	1.8
Domicile des patients	15	0.8
Autres milieux	8	0.4

* Note : Plus de 100 % à cause de réponses multiples.

Source : Cohen, L. et coll. "Prevalence of non-traditional dental hygiene practice." Journal of Public Health Dentistry 44(3):106-111, 1984.

variait entre 10 000 et 100 000, 6,2 % dans des centres dont la population se situait entre 5 000 et 10 000 et 5,3 % dans des centres de 5 000 habitants ou moins (Lewis, 1982).

6. Services d'hygiène dentaire

L'exercice de l'hygiène dentaire comporte quatre grands secteurs de responsabilité soit : les services cliniques, l'éducation en matière de santé dentaire, la formation du personnel dentaire, l'administration et d'autres domaines de responsabilité, notamment la recherche et la consultation. Pour l'année 1983, la répartition du temps employé par les hygiénistes dentaires dans chacun des grands secteurs (Statistique Canada, 1983) était la suivante :

	%
1. services cliniques	68,5
2. éducation en matière d'hygiène dentaire	21,2
3. formation du personnel dentaire	3,6
4. administration	3,4
5. autre	3,3

Il faut noter que la répartition du temps consacré à différents secteurs d'activité est basée sur des données fournies par des hygiénistes dentaires elles-mêmes et ne représente qu'un profil approximatif de l'exercice de la profession. Alors que l'exercice de l'hygiène dentaire comprend principalement (près de 90 %) les services cliniques et les services éducatifs, le temps travaillé dans un secteur quelconque varie suivant le milieu d'exercice. La figure 6.2 illustre la répartition de chacune des catégories de service par type d'employeur principal pour l'année 1983. Cette répartition n'a que peu varié depuis 1976, année où Statistique Canada a commencé à recueillir des données sur les hygiénistes dentaires. Les hygiénistes dentaires travaillant en cabinet privé consacrent, en moyenne, plus de 76 % de leur temps à des activités cliniques et près de 19 % à l'éducation sanitaire. Les hygiénistes dentaires qui oeuvrent en santé communautaire consacrent 54 % de leur temps à l'éducation sanitaire, 24 % aux services cliniques et 21 % à l'administration et à d'autres services. Les enseignants en milieu post-secondaire consacrent 72 % de leur temps à la formation du personnel dentaire, près de 14 % à des tâches administratives et un peu moins de 10 % aux services cliniques et à l'éducation sanitaire. Des répartitions semblables ont été rapportées en Colombie-Britannique. Plus de 60 % des hygiénistes dentaires qui ont répondu à l'enquête de 1985 ont indiqué qu'elles consacraient au moins 80 % de leur temps aux services cliniques; 24 % consacraient entre 60 % et 79 % de leur temps à cette activité. Il s'est également révélé que le temps consacré à d'autres tâches (notamment l'administration, la recherche et la consultation) était minime (Pulcins et Lee, 1987).

7. Exercice clinique en hygiène dentaire

L'enquête menée par Lewis (1982) fournit plus de détails au sujet des services qui constituent l'exercice clinique de l'hygiène dentaire, bien qu'il s'agisse encore de données fournies par les praticiennes elles-mêmes. D'après les chiffres, la majorité du temps consacré à l'exercice clinique en hygiène dentaire (84,2 %) est répartie dans trois secteurs importants de service. Certaines activités prédominent à l'intérieur de ces secteurs. Près de 45 % du temps d'exercice clinique va à la dispensation de soins parodontaires, soit principalement des détartrages et des polissages. Quatre-vingt-onze pour cent des hygiénistes dentaires oeuvrant dans le secteur clinique dispensent régulièrement des soins parodontaires. Le deuxième grand secteur de service englobe les activités de prévention (26,1 % du temps d'exercice clinique) parmi lesquelles les plus régulièrement pratiquées sont l'enseignement de l'hygiène buccale et l'application topique de fluorure. Le troisième grand secteur de service est l'examen de la cavité buccale (13,4 % du temps d'exercice clinique).

Dans certains secteurs de service comme l'orthodontie et la chirurgie, on observe très peu d'activité (Lewis et coll., 1981). De même, on relève peu d'activité dans les domaines de la dentisterie restauratrice, de la prothétique et des actes d'assistance dentaire (Lewis, 1982). Dans bon nombre de ces secteurs, la réglementation régissant l'exercice de l'hygiène dentaire interdit ou restreint grandement la dispensation de ces services. Dans d'autres secteurs, par exemple la prothétique, seules quelques provinces permettent aux hygiénistes dentaires de remplir ce genre de

fonctions et relativement peu d'entre elles ont reçu la formation nécessaire. En outre, ces fonctions additionnelles ne sont pas pratiquées régulièrement. Par exemple, Lewis (1982) a analysé le degré de régularité suivant lequel six "fonctions élargies" en dentisterie restauratrice étaient assumées et il a découvert que la plupart des actes qui auraient relevé de la compétence des hygiénistes dentaires n'étaient jamais posés. Ces observations peuvent influencer la conception des programmes de formation et avoir des répercussions sur l'efficacité théorique et réelle de la dispensation des services.

La répartition des services cliniques peut varier suivant le milieu d'exercice. Dans les cabinets dentaires privés (le milieu d'exercice prédominant), les hygiénistes dentaires consacrent environ 87 % de leur temps à trois types de services cliniques, soit les services de soins parodontaires (48,7 %), les services préventifs (24,8 %) et les examens de la cavité buccale (13,9 %). Par ailleurs, comme on pouvait s'y attendre, ce sont les hygiénistes dentaires oeuvrant dans le secteur public qui consacrent le moins de temps aux soins parodontaires (7,8 %) et dispensent le plus de services préventifs (50,8 %). Le temps consacré aux examens de la bouche (14,4 %) est égal dans les deux milieux, mais les activités administratives ou autres occupent plus de temps dans le secteur public (19,9 % par rapport à 2,9 %).

Lewis (1982) a signalé des variations de la proportion du temps que les hygiénistes dentaires consacrent aux divers domaines de services. Dans les provinces suivantes : Manitoba, Ontario, Saskatchewan et Colombie-Britannique, en 1979, près de la moitié du temps d'exercice de la profession était consacré à des tâches visant la santé du parodonte. A Terre-Neuve, en Nouvelle-Écosse, au Nouveau-Brunswick et au Québec, seulement le tiers du temps était consacré à ces tâches. Le pourcentage peu élevé (11 %) relevé pour l'Ile-du-Prince-Édouard traduit le fait qu'une large part des hygiénistes dentaires travaillent dans le cadre du régime public de santé dentaire pour les enfants, mais on signale un taux élevé (51 %) de soins préventifs et 20 % d'actes de dentisterie restauratrice.

Lewis et Krievins (1982) résument d'autres observations de la façon suivante :

> "L'enquête a donné l'impression que les hygiénistes dentaires travaillent généralement dans des cabinets importants et bien équipés. La plupart des personnes qui ont répondu au questionnaire jugeaient que l'équipement qu'elles utilisaient était moderne. Les hygiénistes travaillaient d'ordinaire avec une équipe comportant en moyenne au moins quatre autres personnes. Dans deux cabinets sur cinq, il y avait au moins une autre hygiéniste, mais l'enquête n'a pas permis de savoir si les deux hygiénistes travaillaient simultanément ou en alternance (il était donc possible qu'une hygiéniste soit comptée deux fois).
>
> Étant donné que dans les emplois où les hygiénistes dentaires remplissaient régulièrement le rôle d'assistante dentaire, le nombre de patients vus par heure était de 60 % plus élevé, il faut noter que ce genre de poste ne représente que 10 % du total des emplois. Au Canada, lorsqu'elle travaille dans un poste caractéristique, une hygiéniste dentaire ne voit que 1,7 patient par heure. Au cours des trois années qui ont précédé l'enquête, ce sont les nouvelles diplômées qui, d'ordinaire, recevaient le moins de patients par heure. On a bien constaté une diminution du nombre des patients traités par heure dans les postes occupés par les diplômées les plus âgées, mais cette réduction était en fait très faible. Les hygiénistes oeuvrant en milieu spécialisé et dans les services de santé publique reçoivent plus de patients par heure que celles qui travaillent dans les cabinets dentaires de généralistes. Cela semble coïncider avec l'idée qu'on se fait généralement de la nature de ces différentes formes d'exercice. La grande majorité des hygiénistes dentaires occupant des postes d'enseignante en milieu post-secondaire ne recevaient, évidemment, aucun patient."

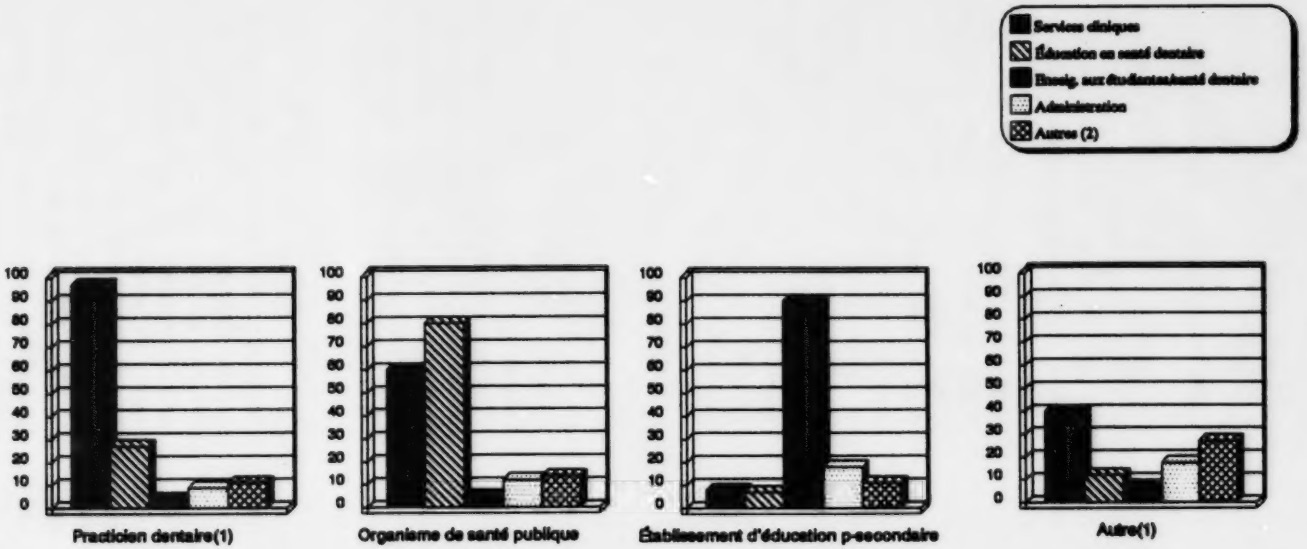


Figure 6.2
Répartition en pourcentage du temps consacré par les hygiénistes dentaires employées en hygiène dentaire au Canada à chacun des domaines de responsabilité par type d'employeur principal, 1983

(1) Comprend les dentistes généralistes, les spécialistes et les généralistes avec les spécialistes

(2) Comprend la recherche dans le domaine dentaire, les services de consultation ainsi que d'autres secteurs de responsabilités qui ne seraient pas compris dans le choix à faire dans le questionnaire d'enquête.

Source : Statistique Canada, données encore inédites de l'enquête de 1983 sur les hygiénistes dentaires au Canada. Division de la main-d'oeuvre sanitaire, Ottawa.

En résumé, les hygiénistes dentaires qui exercent leur profession au Canada remplissent habituellement des fonctions traditionnelles, principalement dans le cabinet privé d'un dentiste généraliste.

8. Rémunération des hygiénistes dentaires

La question de la rémunération englobe les méthodes d'indemnisation, le niveau de revenu et des types d'avantages sociaux. (L'information donnée dans cette section du chapitre peut être désuète puisqu'elle a été tirée d'une enquête menée par Lewis en 1979. Aucunes données plus récentes n'étaient disponibles au moment de la rédaction du rapport.)

La principale méthode d'indemnisation est le salaire. Près de 94 % des 2 700 postes d'hygiénistes dentaires relevés lors de l'enquête de Lewis en 1979 étaient salariés (Lewis, 1982). Un peu moins de 4 % des emplois étaient à commission. Le taux moyen dans ce cas se situait à 39 % (la médiane était de 45 %). Les hygiénistes dentaires ne touchant que des commissions travaillaient pour la plupart dans des cabinets dentaires privés.

D'après Lewis (1982), les postes dans les régions urbaines comptant au moins 250 000 habitants étaient mieux rémunérés (environ 12 % de plus) que dans les collectivités moins importantes. Les hygiénistes dentaires travaillant à commission avaient un revenu comparativement plus élevé, de même que celles qui se disaient très satisfaites ailleurs. Le revenu horaire avait tendance à augmenter avec les années d'exercice et presque 70 % des hygiénistes dentaires en emploi avaient reçu une augmentation de salaire au cours de l'année qui a précédé l'enquête. Dans la plupart des autres postes, la titulaire ne travaillait que depuis quelques mois.

Plus récemment, des données provenant de Colombie-Britannique ne révèlent qu'un très faible degré de variation entre les salaires des hygiénistes dentaires. Les salaires y varient selon le nombre d'années de travail, mais n'augmentent pas, semble-t-il, en fonction de l'expérience (Pulcins et Lee, 1987).

Les avantages sociaux influent sur la satisfaction des employées et leur sécurité tout comme l'indemnisation en espèces. D'après l'enquête de Lewis, dans l'exercice en cabinet privé, les avantages sociaux ne sont pas très nombreux (Lewis et Krievins, 1983). Cela est confirmé par une étude plus récente menée en Colombie-Britannique (Pulcins et Lee, 1987).

La question de la rémunération touche également le temps supplémentaire et son indemnisation. En 1979, 10 % des hygiénistes dentaires en poste étaient régulièrement appelées à faire des heures supplémentaires; 50 % devaient en faire à l'occasion. Toutefois, dans près de 60 % des postes exigeant des heures supplémentaires de travail, aucun supplément de rémunération n'était versé (Lewis et Krievins, 1982). Cela ressemble assez à la situation en Colombie-Britannique où un pourcentage plutôt faible des hygiénistes dentaires bénéficiaient de vacances payées (28,5 %), de congés de maladie (49,5 %), de congés payés pour parfaire leur formation (62,2 %) ou de congés statutaires (37,6 %) (Pulcins et Lee, 1987).

9. Conclusions

A cause de la rareté des données, il est difficile de donner une description ou même un aperçu de l'exercice de l'hygiène dentaire au Canada. L'étude de Lewis et la banque de données sur l'hygiène dentaire de Statistique Canada fournissent un profil intéressant mais désuet des hygiénistes dentaires et de leur mode d'exercice de la profession ainsi qu'une base de données utile pour des études ultérieures.

Il faudrait que cette base de données soit mise à jour et élargie. Parmi les domaines qui devraient être étudiés, mentionnons d'autres caractéristiques de l'exercice de l'hygiène dentaire et des facteurs qui l'influencent. Il faudrait examiner, en particulier, des facteurs qui jouent au niveau de la qualité, de l'efficacité réelle et de l'efficience de la dispensation des services et de la satisfaction des consommateurs et des dispensateurs et encore d'autres dimensions importantes des soins de santé dentaire.

Le rapport de l'étude de mai 1977 portant sur tous les hygiénistes dentaires du Canada, menée par l'Association canadienne des hygiénistes dentaires, devrait fournir de l'information courante sur les pratiques d'hygiène dentaire et se pencher sur certaines des préoccupations exprimées dans ce chapitre.

BIBLIOGRAPHIE

American Dental Hygienists' Association
1985 Carol Richards, ADHA Professional Development Division, Personal communication, February 4, 1985.

Braden, C.I. et Herban, N.L.
1976 Community Health : A System Approach, New York, Appleton-Century-Crofts.

Brine, P., Rossman, P.P., and Mescher, K.D.
1979 "A new career emphasis for baccalaureate dental hygiene education", Dental Hygiene, 53:269-272.

Bryant, D.
1981 "Alternative : Dental hygiene at a dental school", The Canadian Dental Hygienist, 15(2):43-44.

Canadian Dental Hygienists' Association
1983(a) "Definition of a dental hygienist" Position statement, Canadian Dental Hygienists' Association. Procedures Manual, 1983 (revised) edition, section X-2. Ottawa.
(b) Hygiène dentaire au Canada : mobilité, services de placement, organismes d'autorisation (dépliant)
1981 Transactions, Board of Directors' Meeting.

Clovis, J.
1983 "Dental health consultant - a new role in community health", The Canadian Dental Hygienist, 17(3):-62-63.

Clovis, J. et Fréchette, S.
1984 "Profile of the community health dental hygienist in Canada", The Canadian Dental Hygienist, 18(2):-65-69.

Cohen, L.; LaBelle, A.; Singer, J.; Blandford, D.; and Groeneman, S.
1984 "Prevalence of non-traditional dental hygiene practice", Journal of Public Health Dentistry, 44(3):106-111.

Cormier, P.P. et Levy, J.I.
1981 Community Oral Health : A System Approach for the Dental Health Professions, New York, Prentice-Hall. (p.3)

Cotton, F.R. et Ibbott, C.G.
1985 "The Dental Hygienist : An Important Member of the Periodontal Team", Journal of the Canadian Dental Association, 51(8):563-566.

Cotton, J.
1983 "A career in the Canadian Armed Forces", The Canadian Dental Hygienist, 17(2):41.

Darby, M.L. et Bowen, D.M.
1977 "Eliminating the mystique of research in dental hygiene", Educational Directions, 2(4):6-11.

Dimitri, M.J.
1982 "Alternatives : The business side of dentistry", The Canadian Dental Hygienist, 16(3):77.

Dummett, C.O.
1976 "The role of the dental hygienist in community health", Dental Hygiene, 50:211-214.

Feller, S.J. and Forgay, M.G.E.
1983 "Manpower demand and desired skills for degree graduates in dental hygiene", The Canadian Dental Hygienist, 17(4):96-101.

Gunther, D.
1982 "Alternatives : Consultant, dental health services, Ministry of Health", The Canadian Dental Hygienist, 16(1):23.

Hemming, S.
1981 "Alternative : Providing preventive services for native people of Canada", The Canadian Dental Hygienist, 15(3):69-70.

Johnson, P.M.
1986 Doctoral dissertation project, Division of Community Health, Faculty of Medicine, University of Toronto.
1982 Dental hygiene practice settings : Moving into the 1980s, Background report prepared for the Working Group on the Practice of Dental Hygiene, Health and Welfare Canada and submitted in partial fulfillment the BSc program, University of Toronto.

Kolthammer, M.
1981 "Alternative : Working with the mentally retarded", The Canadian Dental Hygienist, 15(2):45-46.

Lewis, D.W., Pierce, M.H., Carsjo, K. and Andrews, P.
1981 Demographic and employment profile of dental hygienists in Canada - 1979, Report, Faculty of Dentistry, University of Toronto.

Lewis, D.W.
1982 "Characteristics of Dental Hygiene Positions in Canada, 1979", Tabulations from the report submitted to the Canadian Dental Hygienists' Association, Ottawa.

Lewis, D.W. et Krievins, T.
1983 "Dental hygiene positions in Canada, 1979, Part 2 : compensation and fringe benefits", The Canadian Dental Hygienist, 17(1):20-24.
1982 "Characteristics of dental hygiene positions in Canada, 1979, Part 1", The Canadian Dental Hygienist, 16(4):114-118.

Martin, J.L.
1976 "Primary dental care : An educational methodology for dental hygiene students", Educational Directions, 1(3):25-27.

Meskin, L.H.
1979 "Focusing on the future : The dental hygienist as an office manager", Dental Hygiene, 53:414-416.

Metzger, C.T. and Forrest, J.L.
1980 "Career preparation role of baccalaureate dental hygiene programs", Dental Hygiene, 54:25-27.

Miller, M.
1981 "National Care of Functions and Duties Legally Performed by Dental Hygienists within the Canadian Provinces and the Territories", The Canadian Dental Hygienist, 15(2):33-38.
1979 "Dental health education in the hospital - a role for the dental hygienist", Health Education, 17(4):4-8.

Motley, W.
1986 History of the American, Dental Hygienists' Association; 1923-1982, American Dental Hygienists' Association.
1973 "The traditional dental hygienists : factual review", Dental Hygiene, 47(6):368-378.

Pulcins, I.R. and V. Lee
1987 Dental Hygienists in British Columbia, 1985 : A Survey of Demographic, Educational and Career Patterns. Division of Health Services Research and Development, Report S:23. The University of British Columbia, Vancouver, B.C.

Showers, P.A.
1983 "Alternatives : Prevention and research co-ordinator", The Canadian Dental Hygienist, 17(4):91.

Statistique Canada
1976- Banque de données sur l'hygiène
1983 dentaire. Enquête sur les hygiénistes dentaires au Canada pour les années 1975-1979, 1981 et 1983. Tableaux disponibles sur demande et tableaux publiés pour les années 1976 et 1977. Ottawa. Division de la main-d'oeuvre sanitaire.

Stein, M.
1984 "Alternatives : opportunity in the dental product industry", The Canadian Dental Hygienist, 18(3):76.

Strevens, L.
1984 "Executive assistant for the Royal College of Dental Surgeons of Ontario : a new position for a dental hygienist", The Canadian Dental Hygienist, 18(1):42-43.

Wong, J.M.
1981 "Alternatives : Organizing continuing dental education", The Canadian Dental Hygienist, 15(4):81-82.

Woodall, I.R.; Dafoe, B.R.; Young, N.S.; Weed-Fonner, L.; Yankell, S.L.
1985 Comprehensive Dental Hygiene Care, St. Louis, C.V. Mosby. p.6.

Woodall, I.R.
1977 Leadership, Management, and Role Delineation : Issues For The Dental Team, St. Louis, C.V. Mosby.

VII
LES MILIEUX D'EXERCICE DE L'HYGIÈNE DENTAIRE

Nous décrirons, dans ce chapitre, les divers types de milieux d'exercice de l'hygiène dentaire au Canada. Les cabinets dentaires privés ont été depuis longtemps les principales sources d'emploi, mais il existe d'autres milieux que nous allons décrire. Nous examinerons enfin les tendances en ce qui a trait à l'apparition de nouveaux milieux dans d'autres pays, notamment aux États-Unis, et leur influence possible sur l'exercice de l'hygiène dentaire au Canada.

1. L'exercice en cabinet dentaire privé

La première hygiéniste dentaire autorisée qui ait été embauchée dans un cabinet dentaire privé au Canada s'appelait Mary Brett. C'était en 1949, en Saskatchewan (Johnson, 1982). Sa situation était assez remarquable car, comme nous l'avons mentionné au Chapitre II, la plupart des postes offerts aux hygiénistes dentaires se trouvaient alors dans le secteur de la santé publique. Les postes disponibles dans le secteur privé augmentèrent rapidement de sorte qu'à l'heure actuelle les cabinets dentaires privés sont le principal milieu d'exercice de l'hygiène dentaire au Canada. Les résultats de la première grande enquête menée par Scoles, en 1965, pour le compte de l'Association canadienne des hygiénistes dentaires révèlent qu'à cette époque, 61 % des hygiénistes dentaires canadiennes travaillaient dans des cabinets dentaires privés (ACHD, 1965). En 1973, ce pourcentage s'était accru (74 %) (Kline et Sipko, 1974) et cette croissance s'est poursuivie au cours de la décennie subséquente. En 1983, 82,2 % des postes d'hygiéniste dentaire se trouvaient dans le secteur privé (Statistique Canada, 1983). (Voir les tableaux 6.3, 6.4 et 6.5).

Pendant que le nombre des hygiénistes dentaires travaillant dans le secteur privé augmentait, le nombre des dentistes employeurs augmentait lui aussi mais plus lentement. Une étude de l'exercice de la dentisterie au Canada, menée par l'Association dentaire canadienne en 1963, révèle que 1 % des dentistes employaient une hygiéniste dentaire à plein temps et 3 %, une hygiéniste dentaire à temps partiel. Ces pourcentages relativement faibles ne sont pas étonnants puisque "à la fin de 1963, il n'y avait, dans tout le Canada, que 165 hygiénistes dentaires exerçant leur profession". (ADC, 1963). L'embauchage d'hygiénistes dentaires continua d'augmenter. En 1984, 35,3 % des dentistes canadiens exerçant en cabinet privé employaient au moins une hygiéniste dentaire à temps partiel ou à temps plein (Ellis, 1985). Par contre, en 1983, 51,3 % des dentistes américains employaient des hygiénistes dentaires (ADA, 1984).

Les nombres et les pourcentages d'hygiénistes dentaires canadiennes occupant des postes dans le secteur privé ont augmenté, mais on pense que leur rôle est demeuré essentiellement inchangé (Johnson, 1982). Les hygiénistes dentaires dispensent des soins préventifs sous la direction d'un dentiste. Comme il a été mentionné au Chapitre VI, les services "directs" au client, soit les traitements cliniques et les conseils d'hygiène dentaire occupaient 95,3 % du temps des hygiénistes dentaires en exercice dans les cabinets dentaires privés en 1983 (Statistique Canada, 1983). Il n'existe aucune donnée sur la prise de décision, l'organisation de l'exercice et la productivité, les rôles et les responsabilités en ce qui a trait à l'exercice de l'hygiène dentaire. De plus, il reste à étudier dans quelle mesure l'augmentation des services dispensés par les hygiénistes dentaires influence l'accès à ces mêmes services pour les clients, leur coût et leur qualité.

Quelques caractéristiques des postes actuels

A l'heure actuelle, la très grande majorité des hygiénistes dentaires (quatre sur cinq) exercent leur profession dans des cabinets dentaires privés, mais la nature et l'organisation de la pratique dentaire varient largement. En général, on décrit le type de pratique dentaire (générale ou spécialisée) et sa "configuration" (par exemple, individuelle ou de groupe). Dans l'ensemble, le rôle de l'hygiéniste dentaire demeure constant malgré les variations d'un cabinet dentaire à l'autre (Johnson, 1982).

Les cabinets dentaires privés de pratique générale ou spécialisée

Au Canada, les cabinets de pratique générale sont les plus nombreux (90 %) (Santé et Bien-être social Canada, 1983). Il n'est donc pas étonnant qu'ils soient le lieu de travail prédominant pour des hygiénistes dentaires. Des 2 713 hygiénistes dentaires inscrites au registre et exerçant leur profession en 1983, 68 % ont indiqué un cabinet de dentiste généraliste comme principal endroit de travail (Statistique Canada, 1983). Mais ce pourcentage n'indique pas un taux élevé d'emploi dans ce secteur puisque seulement 35 % des dentistes généralistes du Canada employaient, en 1984, au moins une hygiéniste dentaire à temps partiel ou à temps plein (Ellis, 1985). Seulement 19,5 % des généralistes employaient au moins une hygiéniste dentaire à temps plein (Ellis, 1985). En Colombie-Britannique, les hygiénistes dentaires travaillant pour des dentistes généralistes forment 76,2 % du groupe questionné; 54,7 % de celles-ci travaillaient dans un milieu de pratique individuelle (Pulcins et Lee, 1987). De même, 61 % des hygiénistes dentaires questionnées en Colombie-Britannique travaillaient pour un seul dentiste (la plupart du temps généraliste mais parfois spécialiste) (Pulcins et Lee, 1987).

En ce qui concerne les activités, d'après la banque de données sur les hygiénistes dentaires, celles qui travaillent uniquement ou principalement pour des dentistes généralistes consacrent plus des trois quarts de leur temps (78,3 %) aux soins cliniques et près du cinquième (17,9 %) à l'éducation en matière de santé dentaire, ce qui leur laisse peu de temps pour d'autres responsabilités (Statistique Canada, 1983).

Environ 10 % des dentistes autorisés à exercer au Canada sont spécialisés (Santé et Bien-être social Canada, 1983). La majorité des spécialistes qui emploient des hygiénistes dentaires sont des parodontologistes, des orthodontistes et des pédodontistes. Dans ces trois spécialités, 18,9 % des dentistes emploient des hygénistes dentaires, la plupart du temps à temps plein (Ellis, 1985). D'un autre point de vue, en 1983, une hygiéniste dentaire sur dix (10,6 %) travaillait à temps plein ou à temps partiel pour un dentiste spécialiste (Statistique Canada, 1983).

La répartition des postes d'hygiéniste dentaire d'après le type de cabinet dentaire privé varie d'un bout à l'autre du Canada d'après Lewis et Krievins qui ont fait une étude en 1979. Voici le résultat de leur enquête:

	%
a) Pratique dentaire générale	71,5
b) Pratique dentaire spécialisée	8,1
c) Combinaison de pratique générale et de pratique spécialisée	3,8

En 1979, les postes d'hygiéniste dentaire se trouvaient principalement dans les cabinets de généralistes dans les provinces suivantes (Lewis, 1982) : Ontario (77,5 %), Colombie-Britannique (75,7 %), Manitoba (74,8 %) et Terre-Neuve (69,2 %). Les plus faibles pourcentages de postes dans les cabinets de généralistes se trouvaient au Yukon et dans les Territoires du Nord-Ouest (50,0 %), en Saskatchewan (48,6 %) et à l'Ile-du-Prince-Édouard (14,3 %). En ce qui a trait aux cabinets de spécialistes, les provinces qui en comptaient un pourcentage relativement élevé étaient la Saskatchewan (18,9 %), le Nouveau-Brunswick (10,3 %) et la Nouvelle-Écosse (9,9 %). Aucun poste d'hygiéniste dentaire dans un cabinet de spécialiste n'a été rapporté à l'Ile-du-Prince-Édouard, de même qu'au Yukon et dans les Territoires du Nord-Ouest en 1979. A l'Ile-du-Prince-Édouard, le pourcentage relativement faible de postes dans les cabinets dentaires privés (de généralistes et de spécialistes) est relié au programme provincial de services dentaires pour les enfants, qui emploie un nombre important d'hygiénistes dentaires.

Par comparaison avec les hygiénistes dentaires travaillant principalement dans les cabinets dentaires de généralistes, celles qui travaillent chez des spécialistes consacrent légèrement moins de temps aux services cliniques (75,5 % contre 78,3 %) et un peu plus de temps à l'éducation en matière de santé dentaire (19,7 % contre 17,9) (Statistique Canada, 1983). On constate une plus grande différence lorsqu'on compare différents

domaines de service. Par exemple, Lewis (1982) a constaté que si on les compare aux hygiénistes dentaires travaillant uniquement dans des cabinets de généralistes, les hygiénistes dentaires qui travaillent uniquement pour des spécialistes consacrent, en moyenne, beaucoup plus de temps aux services d'orthodontie (20,7 % contre 1,0 %), ce qui reflète la prédominance des cabinets d'orthodontistes, et moins de temps aux services de parodontologie (39,0 % contre 48,7 %), aux examens de la cavité buccale (8,7 % contre 13,9 %), et aux services de prévention (20,7 % contre 24,8 %). Nous ne savons pas si ces différences ont une signification du point de vue statistique.

La pratique dentaire individuelle et de groupe

Les dentistes avaient l'habitude d'exercer leur profession sur une base individuelle en touchant des honoraires. Mais la proportion des dentistes qui choisissent ce mode de pratique va en décroissant. En réalité, depuis les années 1960, les dentistes semblent s'écarter lentement de la pratique individuelle tandis que le nombre des cabinets de groupe (trois dentistes ou plus), des cabinets d'associés et des ententes de partage des coûts augmente (Lewis, 1977). Dans un mémoire adressé au Comité consultatif fédéral-provincial sur les ressources humaines en santé (autrefois appelées main-d'oeuvre), un porte-parole de l'Association dentaire canadienne déclarait : "Il est fort probable qu'à la fin des années 1980, seulement 25 à 35 % des dentistes pratiqueront en solo et ceux-ci se trouveront probablement dans des régions rurales ou peu peuplées." (Drouin, 1981). En 1984, Thompson et Ellis ont observé que 57 % des dentistes ayant répondu à un questionnaire travaillaient en solo contre 25,3 % avec un confrère et 17,6 % en association ou selon d'autres arrangements du genre (Ellis, 1985). Ces auteurs signalent également que 57 % des cabinets de groupe examinés employaient au moins une hygiéniste dentaire contre 26,9 % des cabinets de pratique individuelle (Ellis, 1985).

La tendance au regroupement n'entraînera pas nécessairement une augmentation des postes offerts aux hygiénistes dentaires. La pratique en groupe peut créer d'autres conditions d'emploi qui pourraient éventuellement influencer le processus de soins, la satisfaction dans la carrière, la capacité de rendement sur le plan technique à cause du changement des tâches et d'autres aspects de l'exercice. Parmi les avantages possibles de la pratique en groupe, mentionnons l'utilisation accrue et améliorée d'un personnel dentaire auxiliaire (Jerge, 1974) quoique, comme Bailit et Kudrle (1983) le font remarquer, ces avantages et bien d'autres restent encore à prouver.

Autres modes de pratique de la dentisterie

Le déclin de la pratique individuelle et l'augmentation correspondante des groupes de praticiens, ainsi que les autres ententes sont un phénomène apparu dans les années 1970. Des changements encore plus profonds au niveau de l'organisation de la pratique ont été prédits pour les années 1980, bien qu'on s'attende à ce que la pratique indépendante et la perception d'honoraires prédominent (Ont. Dental Assoc., 1981; Bailit et Kudrle, 1983).

Les États-Unis ont vu l'établissement de plusieurs autres méthodes de financement, de dispensation et de commercialisation des services de santé dentaire. Au Canada, la médecine dentaire commence à montrer des signes de certains de ces changements. Parmi les nouveaux types de pratique on compte les pratiques de groupe à succursales, les cabinets dentaires installés dans des grands magasins ou des galeries marchandes ("retail practice"), les cliniques dentaires exploitées par des syndicats et les services dentaires d'urgence privés. Dans certains de ces nouveaux milieux on prévoit que les paiements forfaitaires et d'autres modes de rémunération remplaceront les honoraires traditionnels.[1]

[1] La rémunération forfaitaire par personne remplace les honoraires et le salaire. Elle suppose que le praticien accepte un montant fixe par personne comme rémunération pour la dispensation de certains services prédéterminés requis par une population recrutée pour une période prévue, d'habitude deux ou trois ans. En théorie, cela devrait motiver les praticiens à préserver la santé dentaire des clients de sorte qu'ils n'aient besoin que d'un minimum de traitements curatifs.

Parmi ces modes de pratique, celui qui semble se répandre le plus au Canada est la clinique dentaire dans les centres commerciaux. Conçu pour attirer les personnes qui actuellement n'ont pas recours aux dentistes afin d'augmenter le volume de la clientèle, ce genre de cabinet dentaire offre des heures d'ouverture correspondant à celles de l'établissement où il est installé, un barème affiché, et des services sans rendez-vous. La principale chaîne de cliniques de ce genre au Canada, les centres dentaires Tridont, est passée de un local en 1980 à 64 en 1985 (Ferguson, 1985), ce taux d'expansion n'est pas typique. D'autres modes de pratique comme les franchises, des cabinets intégrés à des organismes de conservation de la santé[2] et des cliniques d'hygiène buccale, (qui existent aux États-Unis et ont des répercussions sur l'exercice de l'hygiène dentaire), ne sont pas encore apparus au Canada.

Conséquences de l'exercice en cabinet dentaire privé pour les hygiénistes dentaires

Comme le fait remarquer Johnson (1982), la prédominance et les caractéristiques spécifiques de la pratique dentaire privée ont des répercussions, encore mal comprises, au niveau de la formation et de la réglementation des hygiénistes dentaires ainsi que de la dispensation de services de santé dentaire. Par exemple, on remarque avec intérêt que les hygiénistes dentaires travaillant dans des cabinets dentaires privés (par comparaison avec d'autres milieux d'exercice tant dans le secteur privé que dans le secteur public) se disent davantage satisfaites de la formation qu'elles ont reçue en préparation aux fonctions qu'elles remplissent. Lewis (1982) signale que 79 % des hygiénistes dentaires travaillant chez un dentiste généraliste qui ont répondu à son questionnaire étaient satisfaites de la formation reçue avant l'emploi. Par contre, 48 % de celles qui travaillent dans un cabinet dentaire spécialisé ou en santé publique ont dit que les cours ne les avaient pas bien préparées à remplir ces fonctions. Elles se plaignent le plus souvent de ne pas avoir reçu de formation spécifique (Lewis, 1982).

Pour ce qui est des facteurs influençant la productivité, Lewis a observé que 10 % seulement des hygiénistes dentaires appelées à donner des traitements cliniques bénéficiaient de l'aide d'une assistante; dans un peu plus de 34 % des cas, l'hygiéniste dentaire était assistée à l'occasion et 55 % n'avaient jamais d'aide. En fait, dans 34,3 % des postes comportant des fonctions cliniques, aucune assistante n'était disponible pour accomplir des tâches auxiliaires comme développer les radiographies (Lewis et Krievins, 1982).

En ce qui a trait aux relations entre professionnels dans le milieu de travail, dans la pratique clinique, l'hygiéniste dentaire travaille avec en moyenne quatre autres personnes qui ne sont pas hygiénistes. Seulement 40 % des hygiénistes dentaires travaillent dans un milieu où il y a au moins une autre hygiéniste (Lewis et Krievins, 1982). Dans ce cas, bien souvent, il y a peu de chances qu'elles puissent se consulter parce qu'elles ne se rencontrent pas, étant donné qu'elles ne travaillent pas les mêmes jours.

Ce profil général de l'exercice de l'hygiène dentaire varie d'une province à l'autre. Il peut également varier suivant le type de milieu clinique, par exemple, suivant qu'il se trouve dans le secteur privé ou le secteur public, chez un généraliste ou chez un spécialiste. Les résultats de l'étude de Lewis qui constitue la source de données la plus complète sur l'exercice de l'hygiène dentaire au Canada n'ont malheureusement pas tous été mis en tableau et analysés. Les autres études menées au Canada et aux États-Unis sont surtout centrées sur les

---

2 Les organismes de préservation de la santé ("Health Maintenance Organizations" - HMO) sont des systèmes organisés de dispensation de soins de santé qui offrent des services complets à des abonnés pour un montant fixe, payé à l'avance, une sorte d'assurance.

hygiénistes dentaires remplissant des fonctions "élargies". Les données de l'étude que Lewis a faite en 1979 ont été mises en tableau principalement par type de poste et par situation géographique. Le type de milieu de travail n'a pas été utilisé comme variable dans cette série de tableaux. Il semblerait utile d'effectuer une nouvelle enquête basée en partie sur le modèle de l'étude effectuée par Lewis en 1979 pour bien évaluer l'exercice de l'hygiène dentaire. Il faudrait examiner divers aspects de l'organisation et les conditions d'emploi pour juger de leur influence sur l'activité et la productivité des hygiénistes dentaires et sur la qualité des services qu'elles rendent.

L'influence des autres modes d'organisation de la pratique dentaire sur l'emploi en hygiène dentaire et l'exercice de la profession est loin d'être nette. Il faudra l'évaluer au cours des années. Bon nombre des "nouveaux modes d'organisation" adoptés mettent l'accent sur les techniques de gestion et de rentabilité. L'évaluation des emplois et la création de rôles convenant aux hygiénistes dentaires iraient dans ce sens. En plus des avantages qu'on peut s'attendre à retirer en confiant à l'hygiéniste dentaire des tâches accomplies auparavant par le dentiste, certains croient qu'une hygiéniste dentaire peut s'occuper efficacement de gestion dans un cabinet dentaire privé traditionnel ou non traditionnel (Meskin, 1979). On sait qu'un petit nombre d'hygiénistes dentaires canadiennes dirigent des bureaux (Johnson, 1982), soit dans la pratique individuelle ou la pratique de groupe avec plusieurs succursales, mais on connaît peu les détails de leur rôle. Certaines des hygiénistes qui remplissent des fonctions de gestion ont déclaré qu'elles avaient acquis une compétence supplémentaire dans ce domaine en suivant des cours après l'obtention de leur diplôme. Il reste à voir si les occasions pour les hygiénistes de remplir des fonctions administratives ou de gestion dans le secteur privé de la pratique dentaire vont augmenter et si elles sont préparées à jouer ce rôle.

Facteurs influençant le rôle de l'hygiéniste dentaire dans la pratique dentaire privée

Il est probable que les cabinets dentaires privés demeureront le lieu de travail principal des hygiénistes dentaires au Canada. D'après Johnson (1982), trois facteurs principaux devraient influencer l'exercice de l'hygiène dentaire en cabinet privé.

La perception qu'a le dentiste de l'hygiéniste dentaire

Le facteur qui influence le plus l'exercice de l'hygiène dentaire en cabinet privé est la perception qu'en a le dentiste. Plus on insistera sur le bien-être et l'hygiène personnelle, plus le rôle de l'hygiéniste dentaire en matière de promotion de la santé et de prévention des maladies dentaires prendra de l'importance. Toutefois, la médecine dentaire a été quelque peu réticente à reconnaître le potentiel de l'hygiène dentaire en tant que nouvelle profession de la santé. Comme on peut le constater dans une bonne part des publications sur le sujet, l'hygiène dentaire a été considérée comme un métier auxiliaire par les dentistes ou, ce qui est tout aussi restreignant, comme un métier de technicienne.

Bon nombre de dentistes et une bonne part de la population n'ont pas reconnu les capacités des hygiénistes dentaires. Cette attitude nuit grandement à la participation des hygiénistes dentaires aux services visant la santé bucco-dentaire (voir également le chapitre V). Cette attitude, bien que rétrograde et inopportune concernant des personnes bien formées et accréditées, qui dispensent directement des soins aux patients, demeure un des principaux facteurs qui influencent l'évolution et l'exercice de l'hygiène dentaire, et les hygiénistes dentaires s'efforcent de la changer.

En tant que professionnelles de la santé dentaire formées principalement pour dispenser des soins préventifs, les hygiénistes dentaires en sont venues à considérer que leur rôle est distinct de celui des dentistes, tout en lui étant complémentaire. Ce type de relation dans les cabinets dentaires privés a été décrit par Darby (1983) qui parle de "collaboration dans la pratique". Dans ce modèle de pratique, on considère que les hygiénistes dentaires sont compétentes dans leur domaine et on les consulte à propos des soins d'hygiène dentaire. Elles

prennent des décisions au sujet des traitements cliniques en hygiène dentaire et se chargent de la dispensation des soins d'hygiène dentaire aux clients tandis que le dentiste demeure responsable de l'ensemble du traitement (Darby, 1983). Cette collaboration réciproque a été appliquée dans le traitement de patients souffrant de maladies parodontaires ou ayant des besoins particuliers (Cotton et Ibbott, 1985; Martin, Stewart et Stone, 1986).

Les hygiénistes dentaires sont souvent en mesure de se trouver de nouveaux rôles dans les divers milieux d'exercice. Elles ont avantage à acquérir les connaissances nécessaires pour devenir des agents de changement efficaces afin de faire reconnaître ces rôles.

La position officielle des associations dentaires est en train d'être réexaminée. Ces changements d'attitude pourraient bien favoriser l'éclosion d'une meilleure collaboration en matière de soins de santé dentaire.

La réglementation excessive de l'exercice de l'hygiène dentaire

Le deuxième grand facteur qui influe sur le rôle des hygiénistes dentaires dans la pratique privée est une réglementation excessive due à une législation restrictive. Il a été question de cette pression dans le chapitre V. Les techniques appliquées dans l'exercice de l'hygiène dentaire ne devrait pas exiger un examen spécifique et une décision réglementaire. Comme dans d'autres professions, il est admis que les hygiénistes dentaires ont reçu une formation adéquate avant d'entrer en fonction. En principe, le dentiste et l'hygiéniste dentaire ne vont pas accepter qu'une fonction soit déléguée sans être assurés d'une part que l'intéressée possède la compétence voulue et d'autre part que la directive reçue est juste.

Le principal argument sur lequel on s'est fondé pour vouloir empêcher les hygiénistes dentaires d'évaluer les besoins des clients en matière d'hygiène dentaire et de faire du dépistage est le fait que les hygiénistes dentaires n'ont ni le droit de poser des diagnostics ni la formation nécessaire. A ce propos, Dunning, professeur émérite de la faculté de médecine dentaire de l'Université Harvard, fait remarquer :

> "C'est simplifier les choses à l'excès que de prétendre que le diagnostic ne se fait qu'à un niveau déterminé et ne peut être repris ou élargi. Il appartient bien sûr au dentiste compétent de poser le diagnostic final. Et même alors, le généraliste devrait s'adresser à un spécialiste si c'est possible. Mais le diagnostic peut être posé à un niveau inférieur - l'exemple le plus simple est celui d'un profane qui décide qu'il a besoin d'aller chez le dentiste. A un niveau intermédiaire, l'hygiéniste a depuis longtemps fait des examens qui constituent une forme de diagnostic."

et de conclure :

> "Il est donc temps que les dentistes apprennent à déléguer certaines phases les plus simples de l'établissement d'un diagnostic sans avoir l'impression de céder un droit acquis à la naissance." (Dunning, 1976)

On peut prétendre qu'il en va de l'intérêt du public, peu importe un supposé "droit acquis". Non seulement peut-on améliorer l'efficacité de la pratique dentaire privée en déléguant des tâches, mais la qualité des soins peut encore être améliorée lorsqu'il s'agit de traitements pour lesquels les hygiénistes dentaires sont particulièrement bien préparées. De plus, sous la direction d'un dentiste, les hygiénistes dentaires peuvent s'occuper de faire du dépistage auprès de patients retenus à la maison ou dans des établissements de garde. Par conséquent, les services offerts par les cabinets dentaires privés peuvent être élargis pour atteindre des groupes encore mal desservis.

Même dans les limites des règlements existants, les dentistes ont la possibilité de mieux utiliser les services des hygiénistes dentaires et, ce faisant, d'améliorer la qualité des soins (ADHA, 1983b; Born, 1983). Des études (Cohen, 1981; Catherman, 1983) révèlent que les hygiénistes dentaires sont mieux préparées que la plupart des dentistes à faire des détartrages et des

polissages des racines, à mesurer la profondeur des culs de sac gingivo-dentaires et à rendre d'autres services parodontaires.

Bon nombre d'hygiénistes dentaires seraient heureuses qu'on élargisse leur rôle dans d'autres domaines en leur confiant, par exemple, des traitements de myothérapie, le dépistage du cancer, la gestion de programmes de conservation de la santé dentaire, du counseling prénatal en santé dentaire et d'autres services. Il n'incombe pas uniquement au dentiste-employeur d'imaginer d'autres rôles pour les hygiénistes dentaires. Celles-ci devraient participer à cette recherche et faire des propositions pour élargir le champ de leurs fonctions dans leur milieu de travail.

Excédent perçu de personnel dentaire

Le troisième facteur déterminant le rôle de l'hygiéniste dentaire dans les cabinets dentaires privés et peut-être le plus important, du moins dans un proche avenir, est l'excédent perçu de ressources humaines dans le domaine de la santé dentaire (voir le chapitre III). Si les professionnels de la santé dentaire ne se décident pas à prendre des moyens pour accroître la demande de soins dentaires et améliorer l'accès à ces services, les débouchés pour les hygiénistes dentaires pourraient bien diminuer (voir également le chapitre VIII). Cette possibilité a été reconnue par les dentistes et d'autres personnes. Par exemple, un porte-parole de l'Association dentaire canadienne a déclaré publiquement à propos des hygiénistes dentaires que, dans des conditions économiques difficiles, "l'auxiliaire la plus compétente pourrait bien être la première à partir" (Drouin, 1981). Étant donné que la médecine dentaire, par l'entremise de ses pouvoirs officiels et officieux, définit les débouchés offerts (et d'autres questions) pour les autres membres du personnel oeuvrant en santé dentaire, en Amérique du Nord, les hygiénistes dentaires pourraient faire face à des difficultés d'ordre économique à moins que des changements surviennent dans la pratique dentaire, l'exercice de l'hygiène dentaire et la dispensation des services.

2. La santé communautaire

Les hygiénistes dentaires exercent leur profession dans divers services communautaires, notamment dans les services de santé traditionnels (autrefois appelés unités sanitaires) et, moins souvent, dans divers établissements de soins. L'expression santé communautaire est ici utilisée dans son sens le plus large pour parler des structures, des installations et des activités mises à la disposition de la collectivité pour conserver la santé de la population en général. Les hygiénistes dentaires employées par des organismes de santé financés par le gouvernement hors des établissements de soins ont été appelées hygiénistes dentaires en santé publique. La désignation d'hygiéniste dentaire "en santé communautaire" a été adoptée depuis peu et correspond davantage au concept actuel de santé communautaire. Les hygiénistes dentaires en santé communautaire travaillent actuellement pour le gouvernement fédéral, les gouvernements des provinces, les organismes régionaux et municipaux dans tout le pays, et dispensent des services dentaires dans des établissements comme les cliniques subventionnées, les écoles, les hôpitaux et les centres de soins prolongés. Leur clientèle, constituée jusqu'à présent en majorité d'enfants, s'étend peu à peu et englobe les adultes, les futurs parents, les handicapés et les personnes âgées.

Dans cette section sur la santé communautaire, nous décrirons le rôle des hygiénistes dentaires en santé communautaire dans trois milieux principaux, à savoir, les services de santé, les établissements de soins et, plus tard, les centres de soins primaires.

Les services de santé

Au Canada, ce sont les ministères provinciaux de la santé qui ont donné l'élan à l'hygiène dentaire (voir le chapitre II, Historique). Les étudiantes en hygiène dentaire pouvaient recevoir des bourses puisées à même les subventions nationales à la santé. On trouve des hygiénistes

dentaires dans le secteur de la santé publique depuis 1949. Les services de santé sont considérés comme le milieu d'exercice traditionnel en santé communautaire.

Les hygiénistes en santé communautaire oeuvrant dans des services de santé ont été classées dans quatre catégories par l'Association canadienne de santé publique (1970) : hygiéniste dentaire d'état-major, hygiéniste dentaire principale, surveillante et consultante.

La plupart des postes sont actuellement au niveau 1 ("état-major") (Clovis et Fréchette, 1984). Puisqu'on semble faire peu de différence entre les quelques postes d'hygiéniste dentaire principale et les postes de surveillante, on reconnaît généralement trois niveaux. On trouvera, dans le tableau 7.1, les principales caractéristiques des quatre niveaux de classification pour les hygiénistes dentaires en santé communautaire oeuvrant dans les services de santé et, dans le tableau 7.2, le nombre des postes disponibles pour les hygiénistes dentaires en 1986.

Les données présentées dans ce rapport à propos des caractéristiques des hygiénistes dentaires en santé communautaire travaillant dans des services de santé proviennent pour la plupart du rapport de l'enquête menée en 1982 par Clovis et Fréchette (1984) pour le compte du Groupe de travail.

En 1982, 10 % des hygiénistes dentaires en santé communautaire qui ont fait l'objet de l'enquête avaient poursuivi des études au-delà du diplôme, un autre 15 % avaient entrepris d'obtenir un baccalauréat. Elles étaient intéressées à parfaire leur formation dans le domaine de la santé communautaire notamment en gérontologie, en matière de services pour les groupes ayant des "besoins particuliers", à propos de la santé dentaire des adolescents et pour acquérir des compétences en enseignement, en administration, en épidémiologie, en collecte et en analyse des données, en planification et en évaluation des programmes ainsi qu'en informatique. A l'heure actuelle, il existe peu d'activités de formation professionnelle dans ces domaines.

Description de tâche

Au Canada, les hygiénistes dentaires qui travaillent dans les services de santé s'occupent depuis longtemps de dépistage et d'orientation des patients, de supervision des applications de fluorure faites par les enfants eux-mêmes dans les écoles, de prophylaxie dentaire, d'applications topiques de fluorure et d'éducation en matière de santé dentaire dans les écoles (French, Johnson et Bowen, 1983). Les comptes rendus à ce sujet sont nombreux et décrivent les aspects particuliers de l'exercice de l'hygiène dentaire en santé publique (Hamilton, 1978; West et Russel, 1978; Bowen, 1977; Marshall, 1969). Les hygiénistes dentaires peuvent dispenser des services en matière d'éducation sanitaire, de pratique clinique, de promotion de la santé, d'élaboration de programmes de santé, de consultation, d'administration et de recherches, mais leur compétence n'a pas toujours été utilisée au mieux (American Dental Hygienists' Association, 1975; Clovis et Fréchette, 1984). La structure de carrière pour les hygiénistes dentaires oeuvrant en santé communautaire a également été limitée (Johnson, 1982a; West et Russell, 1978; American Dental Hygienists' Association, 1975).

Les écoliers et les enfants d'âge préscolaire sont les principaux clients des hygiénistes dentaires en santé communautaire (Clovis et Fréchette, 1984). Elles ont commencé plus récemment à travailler auprès d'autres écoliers dans des milieux particuliers comme les écoles pour les malentendants ou les déficients mentaux et les classes spécialisées. Au nombre des autres grands groupes de clients mentionnons les adultes, les futurs parents, les handicapés et les personnes âgées.

Bien que les activités des hygiénistes dentaires en santé communautaire qui oeuvrent dans les services de santé soient principalement orientées vers les enfants, elles offrent également à d'autres groupes des services des genres suivants :

- des conseils aux parents ou aux futurs parents;

- des programmes de marquage des prothèses des personnes âgées
- des séances de formation sur le tas pour les enseignants, le personnel des services de santé et le personnel soignant dans les hôpitaux et d'autres établissements;
- de l'orientation professionnelle dans les écoles secondaires et les universités;
- des programmes d'éducation en santé dentaire pour des groupes spéciaux (par exemple les nouveaux immigrants);
- de la promotion de la santé dentaire (par exemple, le mois de la santé dentaire);
- la surveillance de l'alimentation en eau fluorée des collectivités.

En plus des services traditionnels déjà énumérés, parmi les autres services cliniques dispensés mentionnons l'application d'agents de scellement, la mise en place de restaurations, la construction de protecteurs buccaux et la prise de radiographies, tous ces services étant répartis différemment d'une région à l'autre. Le taux d'activité clinique en 1982 variait de 29 % au Québec à 100 % au Nouveau-Brunswick et en Nouvelle-Écosse où il y avait des programmes de soins dentaires subventionnés par les fonds publics (Clovis et Fréchette, 1984).

Dans d'autres rapports d'enquête, on mesure l'activité clinique d'après le temps qui y est consacré. D'après Statistique Canada (1983), les hygiénistes dentaires en santé communautaire consacrent 30 % de leur temps aux travaux cliniques. D'après une autre étude récente, le pourcentage est plus élevé, soit 52 % (Lewis et Krievins, 1983b). Les hygiénistes dentaires qui ont déclaré avoir des activités cliniques employaient la plus grande partie de leur temps (51 %) à faire de la prévention, par exemple en donnant des instructions sur l'hygiène buccale, en faisant des applications topiques de fluorure et d'agents de scellement et en donnant des conseils en matière d'alimentation. Huit pour cent de leur temps était consacré à des traitements parodontaires (détartrage et polissage des dents, polissage des racines, curetage et autres traitements parodontaires) et 10 % du temps allait aux tâches administratives (réception, commandes de fourniture, travaux d'écriture).

Les hygiénistes dentaires s'occupent de la planification et de l'évaluation des programmes de services mentionnés; par exemple, 80 % des hygiénistes dentaires en santé communautaire qui ont fait l'objet de l'étude en 1982, ont déclaré qu'elles faisaient de la planification comme, par exemple, la rédaction d'objectifs, la définition de besoins, la collecte de données et la formation du personnel. Un tiers des personnes interrogées ont dit avoir des responsabilités administratives, notamment la supervision du personnel, la rédaction de rapports, la préparation de prévisions budgétaires, l'établissement des horaires de travail du personnel et l'établissement de l'inventaire des fournitures et du matériel.

Parmi les réalisations des hygiénistes dentaires travaillant dans les services de santé, mentionnons l'élaboration d'un matériel éducatif en santé dentaire qui a été largement reconnu sur les plans national et provincial. Le guide pédagogique pour les enseignants canadiens intitulé : La santé dentaire (Santé et Bien-être social Canada 1981b) a été élaboré principalement par des hygiénistes dentaires avec la collaboration de dentistes, de nutritionnistes, d'enseignants et d'autres personnes intéressées à la promotion de la santé dentaire dans les écoles canadiennes. Des publications conçues pour aider les enfants (Desclez, Langlois, Léger, 1984), les parents (Alberta Social Services and Community Health, 1986, 1979; Langlois et Ashby, 1983), les enfants handicapés et leurs parents (Fréchette et coll., 1984) et les personnes âgées (Clovis, 1986) ont été mises au point par des hygiénistes dentaires oeuvrant en santé communautaire.

Relations de travail avec d'autres professionnels

Il semble qu'il y ait peu de structures formelles ou d'organisations par l'intermédiaire desquelles les hygiénistes dentaires en santé communautaire puissent intégrer leurs services avec ceux d'autres professionnels de la santé. La plupart des interactions signalées en 1982 avaient pour objet l'échange d'information au sujet de certains clients ou à l'occasion de travaux dans certains comités ou des projets particuliers (Clovis et Fréchette, 1984). Les hygiénistes dentaires en santé communautaire ont indiqué qu'elles avaient

Tableau 7.1

Classification des hygiénistes dentaires travaillant dans les services de santé au Canada

Description	Groupe I	Groupe II	Groupe III	Groupe IV
1. Poste ou titre	Hygiéniste d'état-major	Hygiéniste principale	Surveillante	Consultante
2. Responsabilités	Éducation en santé dentaire Traitements de dentisterie préventive Peut superviser une assistante dentaire ou un commis	Responsabilités du Groupe I plus : Supervise l'hygiéniste d'état-major, les assistantes et les commis Aide à l'élaboration, à la planification et à l'application de programmes Aide l'hygiéniste de niveau III	Responsabilités du niveau II plus : Plus de responsabilités de surveillance Responsabilités pour la conception, la planification et l'application d'un programme Responsabilités pour une plus grande population à desservir avec plus de tâches d'organisation	Travaille principalement au niveau fédéral ou provincial Conseille les groupes nationaux et provinciaux en matière de santé, d'éducation et d'organisation professionnelle Supervise les hygiénistes au niveau provincial Aide à l'élaboration et au maintien de programmes d'éducation en santé dentaire Autre
3. Relevant de	Dentiste employé à plein temps ou hygiéniste du niveau II	Dentiste employé à plein temps ou hygiéniste des niveaux III ou IV	Dentiste employé à plein temps, hygiéniste de niveau IV ou autre	

Tableau 7.1

Classification des hygiénistes dentaires travaillant dans les services de santé au Canada

Description	Groupe I	Groupe II	Groupe III	Groupe IV
4. Niveau de compétence	Diplôme en hygiène dentaire, admissibilité au droit d'exercice dans une province	Compétence du niveau I plus : Un minimum de 3 années d'expérience en santé publique ou l'équivalent Une formation post-secondaire dans des domaines connexes est désirable	Compétence du niveau II plus : Baccalauréat dans un domaine directement relié	Compétence du niveau III plus : Maîtrise dans un domaine directement relié Minimum de 3 années d'expérience en hygiène dentaire
5. Échelle de salaire	Proportionnelle au niveau de classification, aux compétences et aux responsabilités			

*Source : Association canadienne de santé publique, 1970.

Tableau 7.2

Postes en santé communautaire disponibles pour les hygiénistes dentaires au Canada, par province et niveau de classification, 1986

	Type de poste en hygiène dentaire					
	Nombre de postes	Niveau I	Niveau II	Niveau III	Niveau IV	Postes vacants
Gouvernement fédéral	6	5			1	
Colombie-Britannique	24	16		7	1	5
Alberta	104	81		21	2	12
Saskatchewan	3	2	-	-	1	-
Manitoba	2	1	-	-	1	-
Ontario*	78	66		3	-	1
Québec	230	227		3	-	5
Nouveau-Brunswick	20.5	19.5	-	-	-	2.5
Nouvelle-Écosse	21	2[illegible]				4
Île-du-Prince-Édouard	6	4	1	-	-	1
Terre-Neuve	6	5	-	-	1	4
Yukon	0					
Territoires du Nord-Ouest	0					
Total pour le CANADA	500.5					35

Source : Enquête auprès des directeurs des services dentaires provinciaux ou régionaux, 1982, mise à jour en mai 1986.

* Les données concernant l'Ontario ont été recueillies en décembre 1985 (Environ 30 autres postes devraient être créés progressivement jusqu'en 1988).

surtout affaire à des infirmières (87 %) et à des nutritionnistes (75 %). Elles ont également signalé des rencontres avec des dentistes (73 %), des assistantes dentaires (55 %), des orthophonistes et des ergothérapeutes (40 %) dans le cadre de leur travail.

Un bon nombre de celles qui ont répondu au questionnaire ont mentionné d'autres relations de travail. La liste de ces "autres personnes" comprenait des travailleurs sociaux, des médecins, des psychologues, des physiothérapeutes, des sténographes établissant des dossiers, des infirmières dentaires, des travailleurs communautaires, des réceptionnistes, des enseignants et des infirmières auxiliaires. Elles rencontraient fréquemment des inspecteurs de la santé lors de consultations à propos de la fluoration de l'eau de boisson (Clovis et Fréchette, 1984).

L'exercice de l'hygiène dentaire en établissement

Pour ce qui est de l'exercice en établissement, les hygiénistes dentaires travaillent dans des hôpitaux de soins actifs ou de soins prolongés ainsi que dans les établissements carcéraux. Les établissements de soins de longue durée comprennent, entre autres, les centres pour malades chroniques, les foyers de convalescence et les centres de réadaptation pour une clientèle définie telle que les personnes souffrant de troubles affectifs, les handicapés et les personnes âgées ayant des problèmes médicaux. À l'heure actuelle, toutes ces catégories de centres emploient des hygiénistes dentaires; cependant les données contenues dans le présent rapport sont limitées parce qu'il est difficile de retracer toutes les hygiénistes dentaires qui exercent leur profession en établissement.

Les renseignements donnés ci-après ont été tirés des résultats d'une enquête menée en 1982 auprès des directeurs provinciaux et régionaux de services de santé dentaire et d'établissements. Huit provinces ont déclaré qu'elles employaient des hygiénistes dentaires dans des établissements de soins et des établissements correctionnels. On trouvera, dans le tableau 7.3, une liste d'exemples qui n'est cependant pas exhaustive. Au Nouveau-Brunswick et à l'Île-du-Prince-Édouard, aucune hygiéniste dentaire ne travaillait dans des établissements au moment de l'enquête.

Dans de nombreux établissements, le rôle de l'hygiéniste dentaire est identique à celui qu'elle remplit dans la pratique privée; par exemple, les hygiénistes dentaires qui travaillent dans des cabinets dentaires chez des dentistes généralistes et dans des établissements carcéraux s'occupent principalement de services cliniques de prévention. Dans d'autres établissements, par exemple dans les hôpitaux pour enfants, les hôpitaux psychiatriques et les centres pour malades chroniques, le rôle de l'hygiéniste dentaire semble comporter plus d'aspects différents. Dans ces derniers milieux, l'hygiéniste dentaire s'occupe davantage d'activités de développement et de coordination en même temps qu'elle dispense des services techniques. Le rôle de l'hygiéniste dentaire dans divers établissements semble s'être développé principalement en fonction de l'intérêt, de l'initiative et de la créativité de chacune (Bryant, 1981; Kolthammer, 1981; Vause, 1981; Scanlan, 1979; Boyce, 1978).

Les hygiénistes dentaires qui travaillent dans les établissements offrent tantôt tous les services suivants tantôt quelques-uns seulement.

1. Des traitements cliniques préventifs, notamment l'examen de la cavité buccale, des radiographies, des prophylaxies, des applications topiques de fluorure.

2. De l'éducation en santé dentaire pour les bénéficiaires résidents et externes. Cela comprend des instructions sur l'hygiène buccale, des conseils en matière de nutrition, l'analyse du régime, des conseils sur les soins à la maison.

3. Des conseils aux parents individuellement ou en groupe.

4. L'enseignement dans des classes d'éducation en santé dentaire dans le cadre des programmes prénataux ou post-nataux.

5. Des séances de formation et d'enseignement en santé dentaire à l'intention du personnel hospitalier dispensant des soins directs : infirmières, diététiciennes, physiothérapeutes, monitrices de groupes prénataux ou post-nataux, étudiantes infirmières, etc.

6. Des cours d'éducation en santé dentaire pour les groupes de clients handicapés.

7. La création de techniques innovatrices ou d'aides pour la prévention destinées aux clients qui ont des handicaps mentaux ou physiques pour les aider à se donner eux-mêmes des soins préventifs.

8. La collaboration avec des membres de l'équipe de santé dans l'élaboration et l'application des plans de soins (par exemple dans les cas de fissure palatine, de fibrose kystique, de programmes de gériatrie).

9. La conception de matériels d'éducation sanitaire.

La dispensation de services d'hygiène dentaire dans les établissements est limitée, dans la plupart des régions, par la nécessité d'assurer une surveillance des hygiénistes dentaires ce qui, en fait, ruine le rapport coût-bénéfice afférent au fait d'employer des hygiénistes dentaires. Par conséquent, certains segments de la population sont privés de services préventifs. Au Canada, on s'oppose vivement à l'obligation d'assurer une surveillance (Monteith, 1984). Dans l'État de Washington, aux États-Unis, on permet aux hygiénistes dentaires de dispenser leurs services dans des établissements de soins de santé sans être supervisées par un dentiste (ADA, 1984c; Washington, 1985). Malgré les dispositions relatives à la surveillance, on constate une tendance vers la dispensation d'un plus grand nombre de services d'hygiène dentaire dans les établissements, ce que préconisent bon nombre de dispensateurs de soins (University of Manitoba, 1983; Ambrose, 1981).

Les centres de soins primaires comme milieu d'exercice

Les centres de soins primaires peuvent offrir un milieu de travail aux hygiénistes dentaires en santé communautaire. Ce sont des cliniques communautaires dont le système de financement et la clientèle sont particuliers. Ces centres peuvent être financés à la fois par des fonds publics et des organismes privés, et les soins prodigués aux patients peuvent être rémunérés à l'acte, ou par un régime prépayé ou des deux façons à la fois. Le personnel peut être salarié, engagé à contrat ou à forfait par personne. Il peut détenir des parts dans l'établissement ou être rémunéré de quelque autre façon. Aux États-Unis, les organisations "de conservation de la santé" exploitent des centres de soins primaires et leur expérience stimule l'intérêt envers ce système de dispensation de soins qui pourrait être envisagé comme une solution de rechange au Canada. Les hygiénistes dentaires pourraient s'occuper de dépistage, d'évaluation et de services de prévention dans le cadre d'un centre de soins primaires (Cormier et Levy, 1981).

Facteurs influençant les rôles des hygiénistes dentaires dans l'avenir

Au nombre des facteurs qui influenceront dans l'avenir les rôles des hygiénistes dentaires dans le secteur de la santé communautaire, mentionnons l'offre relative de main-d'oeuvre, la création de programmes appropriés d'études universitaires en hygiène dentaire, la modification des lois restrictives et l'évolution de l'état de santé bucco-dentaire des Canadiens. Le degré d'élaboration des programmes de santé communautaire et la formulation de normes relatives à ces programmes auront également une influence importante.

Un excédent de ressources humaines en hygiène dentaire avait été prévu par certains (Association dentaire canadienne, 1980; House, Johnson et Edwards, 1982), mais cette prédiction ne semble pas s'être réalisée. En fait, l'augmentation de l'effectif des hygiénistes dentaires peut avoir fait qu'un plus grand nombre de postes en santé communautaire ont été comblés ces dernières années. Le salaire, souvent moins élevé que dans les cabinets dentaires privés, a toujours nui au recrutement d'hygiénistes dentaires dans le secteur public (Mason, 1978). Bien qu'on ne s'attende pas à une croissance rapide dans le secteur public (Association dentaire canadienne,

Tableau 7.3
Établissements correctionnels et de soins employant des hygiénistes dentaires, Canada, 1986

Province	Nom de l'établissement	Type	Nombre d'hygiénistes dentaires employées	
			Temps plein	Temps partiel
ALBERTA	Alberta Children's Hospital, Calgary	Hôpital pour enfants		1
COLOMBIE-BRITANNIQUE	*Tranquille Residence, Kamloops	Centre d'hébergement et de formation pour les déficients mentaux	1	
	UBC Health Sciences Center Hospital, Vancouver	Hôpital de soins actifs, prolongés et psychiatriques		2
	Cancer Control Agency, Vancouver	Établissement de soins pour cancéreux		1
	Oakalla, Burnaby	Centre correctionnel		1
MANITOBA	Winnipeg Health Sciences Center, Winnipeg	Hôpital général		1
	St. Amant Centre for Mentally Retarded, Winnipeg	Centre pour déficients mentaux (enfants)		1
TERRE-NEUVE	Dr Charles A. Janeway Child Health Centre, St.John's	Hôpital pour enfants	1	
NOUVELLE-ÉCOSSE	Camp Hill Hospital, Halifax	Hôpital de soins actifs, prolongés et psychiatriques		1
	Nova Scotia Hospital, Dartmouth	Hôpital psychiatrique		1
ONTARIO	Hospital for Sick Children, Toronto	Hôpital pour enfants	3	
	Children's Hospital of Eastern Ontario, Ottawa	Hôpital pour enfants	1	
	Rideau Veteran's Home, Ottawa	Hôpital pour anciens combattants	1	
	Midwestern Regional Centre, Palmerston	Hôpital pour enfants et adolescents déficients mentaux	1	
	Queen Elizabeth Hospital, Toronto	Hôpital pour soins pour malades chroniques	3	
	Crippled Children's Centre, Toronto	Centre pour enfants handicapés	1	
	Lakehead Psychiatric Hospital, Thunder Bay	Hôpital psychiatrique		1
	Burritts Rapid Prison Farm, Ottawa	Établissement carcéral		1
	Toronto Western Hospital, Toronto	Hôpital général		1
	Mount Sinai Hospital, Toronto	Hôpital général	1	
	St. Michael's Hospital, Toronto	Hôpital général		2
	Parkwood Hospital, London	Hôpital général		1
	Hôpital Civic d'Ottawa, Ottawa	Hôpital général	1	
	Hôpital St Vincent, Ottawa	Hôpital pour soins pour malades chroniques	1	
	Chedoke-McMaster Hospitals, Hamilton	Hôpital général	1	
	Centre medicale de la défence nationale	Hôpital militaire	1	
	Huronia Regional Centre, Orilla	Centre pour déficients mentaux	1	
	Kingston General Hospital, Kingston	Hôpital général	1	

Tableau 7.3 (suite)

Établissements correctionnels et de soins employant des hygiénistes dentaires, Canada, 1986

Province	Nom de l'établissement	Type	Nombre d'hygiénistes dentaires employées	
			Temps plein	Temps partiel
QUÉBEC	Hôpital Louis-Hippolyte Lafontaine, Montréal	Hôpital psychiatrique pour adultes		1
	Hôpital Rivière-des-Prairies, Montréal	Hôpital psychiatrique pour enfants	1	
	Hôpital Marie-Enfant, Montréal	Enfants handicapés	2	
	Hôpital Sainte-Justine, Montréal	Hôpital pour enfants	1	
	Montreal Children Hospital, Montréal	Hôpital pour enfants	2	1
	Hôpital Général Juif	Hôpital général	1	
	Ste-Mary's Hospital, Montréal	Clinique d'atrophie des maxillaires (hôpital général)	1	
SASKATCHEWAN	Regional Psychiatric Centre, Saskatoon	Prison fédérale		

• La résidence Tranquille a été fermée en avril 1983.

Source : Enquête auprès des directeurs de services dentaires provinciaux et régionaux et d'établissements employant des hygiénistes dentaires, 1982 (Groupe de travail sur la pratique de l'hygiène dentaire). Mise à jour, S. Fréchette, mars 1983; Kline, 1986, pour la C.-B. seulement; Dungy, 1986.

1980) les hygiénistes dentaires compétentes peuvent se voir offrir de nouvelles responsabilités administratives et être appelées à élaborer des programmes. La santé dentaire communautaire, comme l'exercice dans le secteur privé, devrait être influencée par l'augmentation de l'effectif d'hygiénistes dentaires (Lewis et Krievins, 1982). Conséquence importante de cette situation, pour la première fois, l'effectif devrait être suffisant pour que les gouvernements puissent faire appel aux ressources nécessaires pour satisfaire les besoins des Canadiens actuellement mal desservis dans le domaine des soins dentaires.

La réglementation des hygiénistes dentaires oeuvrant en santé communautaire a toujours été assez différente de la réglementation dans la pratique privée. Bien que l'exercice de l'hygiène dentaire n'ait guère été différent dans l'ensemble, les exigences relatives à la surveillance des hygiénistes dentaires oeuvrant en santé communautaire ont toujours été moins sévères; en effet, il est courant, en santé communautaire, de voir des hygiénistes dentaires travailler sans la surveillance sur place d'un dentiste. Même si cette situation existe depuis longtemps, aucun incident fâcheux n'a été signalé. Le fait que la définition de l'exercice de l'hygiène dentaire se limite à une liste des fonctions permises semble avoir nui à l'efficacité des hygiénistes dentaires en santé communautaire. Une vision plus totale de l'exercice de l'hygiène dentaire permettrait plus de souplesse et une utilisation plus créatrice des hygiénistes dentaires dans ce milieu. Même dans le cadre actuel de l'exercice de l'hygiène dentaire, les hygiénistes dentaires ont trouvé plusieurs façons d'augmenter leur apport à la communauté et leur satisfaction dans leur emploi (Clovis et Fréchette, 1984).

En santé communautaire, on constate une tendance à l'élaboration de normes relatives à des services dont la dispensation est ou recommandée par des organismes reconnus ou requise par les gouvernements des provinces. En Alberta et au Québec, par exemple, on a recommandé que les programmes de santé communautaire comportent un minimum de services dentaires (Health Unit Association of Alberta, 1982, Québec, 1982). En Ontario, la Loi sur la santé publique impose des programmes de base comportant des normes au sujet de programmes de dentisterie préventive (Association dentaire canadienne, 1982). Dans bien des provinces, on se tourne vers l'accréditation de services de santé, bien qu'il n'existe pas actuellement de consensus à propos d'un système national (Ontario Council on Community Health Accreditation; Comité consultatif fédéral-provincial sur la santé communautaire, 1985; Santé et Bien-être social Canada, 1981a), ce qui suppose une norme de services à laquelle les programmes de santé communautaire puissent être comparés. A mesure qu'apparaissent des normes relatives aux programmes de santé communautaire et que sont mandatés des services particuliers, la définition du rôle des hygiénistes dentaires en santé communautaire pourrait bien devenir plus claire.

L'évolution de l'état de santé bucco-dentaire des Canadiens va également influencer les rôles des hygiénistes dentaires en santé communautaire. Puisqu'on sait que, dans bien des régions, les taux de carie dentaire ont diminué chez les enfants (Glass, 1983; American Dental Association, 1982; Association dentaire canadienne, 1980; Payette, 1985), il devient de plus en plus important d'obtenir des données à jour au sujet de la carie dentaire et des groupes à risque en vue de l'établissement de programmes. La maladie parodontaire ne semble pas régresser (American Association of Public Health Dentists, 1983). En fait, comme plus de gens vont conserver leurs dents plus longtemps et à cause du vieillissement général de la population, il se peut que les besoins en matière de traitement et de prévention des maladies parodontaires augmentent (American Dental Association News, 1982; Craft, 1982; National Institutes of Health, 1983) et les hygiénistes dentaires pourraient avoir un nouveau rôle à jouer dans les programmes de santé parodontaire en santé communautaire et au niveau de l'éducation communautaire (Catherman, 1983). La maladie bucco-dentaire prenant une autre forme, la planification en vue de desservir des groupes cibles qui n'ont pas été atteints par les programmes de santé communautaires traditionnels devient nécessaire.

Rôles potentiels dans l'avenir

Face à ces facteurs et aux progrès de la recherche en dentisterie préventive, il est possible que le rôle des hygiénistes dentaires en santé communautaire change. Par exemple, elles pourraient être appelées à détecter les groupes à risque en vue de l'application de traitements préventifs intensifs en ayant recours à des méthodes microbiologiques (Krasse, 1984). De plus, l'emploi d'agents de scellement pourrait être considéré comme une mesure préventive dans les programmes de santé communautaire (Robert Wood Johnson Foundation, 1983; National Institutes of Health, 1983).

L'éducation en santé dentaire va sans doute continuer à être un des principaux champ d'action pour les hygiénistes dentaires en santé communautaire. Leurs responsabilités dans ce domaine pourraient être élargies et redéfinies de façon à accorder plus d'attention à la promotion de la santé en général (Santé et Bien-être social Canada, 1986). La promotion de la santé se distingue de l'éducation sanitaire en ce qu'elle est orientée vers la promotion "de degrés plus élevés de bien-être pour une meilleure qualité de vie plutôt que vers l'adoption de comportements pour prévenir des maladies ou des problèmes particuliers" (Harvey, 1982). "La promotion de la santé est un processus qui permet aux gens de prendre leur santé en main et de l'améliorer" (Santé et Bien-être social Canada, 1986). Le concept de promotion de la santé reconnaît davantage les interactions complexes de facteurs et d'activités intervenant dans le comportement vis-à-vis de la santé. L'obtention d'une certaine concentration de fluorure dans l'approvisionnement en eau d'une collectivité, par exemple, est une activité de promotion de la santé dans laquelle interviennent des questions de défense, d'éducation sanitaire, d'organisation de soutien communautaire, de pression politique et d'action législative. Les hygiénistes dentaires en santé communautaire pourraient intervenir dans chacune de ces activités pour fournir un moyen de parvenir à la santé pour tous les Canadiens.

De plus, l'hygiéniste dentaire en santé communautaire pourrait consacrer plus de temps à agir, auprès des enseignants, comme consultante en santé bucco-dentaire au niveau communautaire et s'occuper d'éducation des parents, de prévention des traumas bucco-dentaires, d'orientation professionnelle, de liaison avec les professionnels de la santé dentaire, de consultations à domicile, de myothérapie et de dépistage des cancers de la bouche (Richardson et Atkins, 1982; Frazier, 1978; Billier, 1974; Cheney, 1974; Wolf, 1974; Ingalls, 1973; Mayer, 1970). On remarque avec intérêt que dès 1968, l'Association canadienne des hygiénistes dentaires recommandait que les hygiénistes dentaires soient employées par les commissions scolaires (ACHD, 1968). Cela ne s'est pas réalisé jusqu'à présent, bien que, dans certaines provinces, les commissions scolaires emploient d'autres professionnels de la santé comme par exemple des orthophonistes.

A mesure que les programmes vont se diversifier dans le domaine de la santé dentaire communautaire, les hygiénistes dentaires vont avoir l'occasion de s'occuper davantage de gestion et d'évaluation des programmes de santé dentaire. L'idée que les hygiénistes dentaires puissent agir à titre de gestionnaires de programmes de santé dentaire communautaire n'est pas nouvelle (Bowen, 1977; Swanson, Vale, Albertson, 1977) et les hygiénistes ont déclaré qu'elles cherchaient à se perfectionner dans le domaine de la planification, de la gestion et de l'évaluation des programmes. Le processus d'évaluation des programmes de santé communautaire devrait toujours être intégré au programme (Pineault, 1984 et 1976; Donabedian, 1966). Les principes et les techniques d'évaluation sont mieux élaborés et mieux compris et les programmes communautaires de santé dentaire de l'avenir seront soumis à une évaluation plus rigoureuse que par le passé. La notion de coût-efficacité sera utilisée comme critère principal lorsqu'il s'agira de décider si l'on va modifier des programmes de services dentaires financés par des fonds publics ou si l'on va les conserver. Les hygiénistes dentaires peuvent jouer un rôle clé dans la conception et la réalisation de ces évaluations. En tant que gestionnaires de programmes, les hygiénistes dentaires seront en outre appelées à évaluer les besoins, à planifier des programmes, à faire de la surveillance, à recueillir des données et à les analyser.

Il existe des postes de consultante principale en santé dentaire dans plusieurs provinces et au sein du gouvernement fédéral (Amer, 1986; Clovis, 1983; Showers, 1983; Gunther, 1982). Il se peut que le nombre de ces postes ne soit jamais considérable mais qu'il augmente tout de même de façon importante par rapport au nombre actuel. A titre de consultantes en santé dentaire, ces hygiénistes agissent en tant que spécialistes de l'information, championnes de la santé dentaire, éducatrices/formatrices; elles s'occupent de résoudre des problèmes et de faire de la recherche (Kostiw, Stephenson, Zarkowski, 1982). Certaines des hygiénistes dentaires travaillant au niveau provincial en tant que consultantes en santé dentaire ont demandé à Santé et Bien-être social Canada d'organiser des réunions fédérales-provinciales des hygiénistes dentaires en santé communautaire. Elles se sont montrées très intéressées à échanger de l'information et des idées à propos des programmes qu'elles élaborent ou qu'elles appliquent. Elles aimeraient également travailler à des projets d'envergure nationale comme la rédaction d'un guide de santé dentaire à l'usage des parents canadiens. Cette idée d'une rencontre fédérale-provinciale et de projets nationaux n'a pas encore été réalisée, mais un groupe d'hygiénistes dentaires en santé communautaire a formé, en avril 1984, pendant la rencontre annuelle de l'Association canadienne des hygiénistes dentaires, une Société canadienne des hygiénistes dentaires en santé communautaire. Les objectifs de cette société sont de faire partie de l'Association canadienne des hygiénistes dentaires lorsque la constitution les y autorisera et de tenir des réunions annuelles et des ateliers scientifiques centrés sur la santé dentaire communautaire pendant les congrès de l'ACHD (Santé et Bien-être social Canada, 1983, 1984).

D'autres questions relatives à la conception, à la dispensation et à l'évaluation de programmes dentaires vont surgir et ouvrir des débouchés pour les hygiénistes dentaires prêtes à faire de la recherche en santé communautaire. Les clients pourraient bien être des organismes du gouvernement, des associations professionnelles, des maisons d'éducation, et du personnel local (Feller, 1982; Johnson, 1984; Santé et Bien-être social Canada, 1982).

La valeur des hygiénistes dentaires remplissant diverses fonctions au sein de la communauté est reconnue depuis que cette discipline a fait son apparition au Canada. Leur potentiel n'a pas encore été pleinement exploité.

3. Les maisons d'enseignement

En 1983, au Canada, 5,4 % des hygiénistes dentaires s'occupaient de la formation du personnel dentaire au niveau universitaire (Statistique Canada, 1983). Ce pourcentage est demeuré relativement constant depuis les années 1960 bien que le nombre d'enseignantes ait augmenté. À l'heure actuelle, des hygiénistes dentaires travaillent dans des facultés d'art dentaire, des collèges communautaires et des instituts techniques ou des écoles professionnelles.

Types de maisons d'enseignement

Il existe, à l'heure actuelle, 27 programmes d'enseignement de l'hygiène dentaire menant au diplôme ou au certificat et deux programmes de baccalauréat ainsi que deux programmes de formation de thérapeutes dentaires et 26 programmes de formation d'assistantes dentaires accréditées par l'ADC (ADC, 1986) et 10 facultés d'art dentaire ou de médecine dentaire au Canada. Le nombre des postes dans l'enseignement a considérablement augmenté au cours de la dernière décennie. Le nombre des programmes d'enseignement de l'hygiène dentaire, qui était de 7, est passé à 24 en cinq ans (Chapitre IV); la majorité de ces programmes se donnent au Québec et en Ontario. On peut constater une augmentation aussi rapide des programmes d'enseignement pour les assistantes dentaires. Tous ces programmes peuvent constituer des débouchés pour les hygiénistes dentaires possédant les aptitudes et la compétence nécessaires.

Programmes d'hygiène dentaire

Les hygiénistes dentaires oeuvrent à titre d'enseignantes, de monitrices cliniques et de coordonnatrices ou de directrices de programmes dans les programmes de formation en hygiène dentaire. On peut voir dans le tableau 7.4, la répartition des enseignantes en hygiène dentaire

d'après leur titre scolaire le plus élevé pour 1985 au Canada. Au total, 95 hygiénistes dentaires travaillent à plein temps et 113 à temps partiel dans des programmes d'hygiène dentaire. C'est au Québec et en Ontario qu'on trouve le plus d'enseignantes étant donné le grand nombre de programmes.

Le niveau et le type de formation varient grandement au sein des divers programmes. Toutefois, au Canada, la plupart des hygiénistes dentaires qui s'occupent de formation ont au moins un baccalauréat, excepté celles qui travaillent à plein temps dans les CAAT de l'Ontario, où seulement la moitié des enseignantes ont un baccalauréat ou une maîtrise. Parmi les hygiénistes dentaires qui enseignent à temps partiel, la moitié environ ont un baccalauréat ou une maîtrise. Dans toutes les provinces, les enseignantes qui ont répondu au questionnaire ont indiqué qu'elles poursuivaient leurs études (Johnson, 1982).

Programmes de formation pour les thérapeutes dentaires et les assistantes dentaires

En Saskatchewan, des hygiénistes dentaires enseignent dans des programmes de formation pour les thérapeutes dentaires. D'autres enseignent dans les programmes de formation pour les techniciens dentaires et les prothésistes dentaires au George Brown College, en Ontario, et dans un programme pour les techniciens dentaires au Vancouver Vocational Institute, en Colombie Britannique. De plus, la majorité des programmes de formation pour les assistantes dentaires, partout au Canada, emploient des hygiénistes dentaires comme enseignantes. C'est en Ontario, où il y a 17 programmes de formation pour les assistantes dentaires, qu'on trouve le plus de postes. De même, des hygiénistes dentaires spécialisées dans certains domaines comme la communication, la nutrition et la dentisterie préventive enseignent dans des programmes de formation destinés à d'autres professionnels de la santé. Par exemple, à l'Université Dalhousie, à l'Université du Manitoba, au Collège Seneca et au Collège George Brown, des enseignantes donnent des conférences dans des programmes qui ne sont pas destinés à du personnel dentaire.

Programmes de formation des dentistes

Des hygiénistes dentaires remplissent différentes fonctions au sein de programmes de formation des dentistes. Dans certains cas, l'hygiéniste dentaire peut donner des cours dans le cadre d'un programme universitaire d'hygiène dentaire. Dans d'autres cas, l'hygiéniste dentaire est employée uniquement par la faculté d'art dentaire et peut occuper un poste de professeur adjoint. On les retrouve plus souvent dans des postes de tuteur ou de démonstratrice clinique. Leur principal domaine d'activité est la dentisterie préventive, notamment les questions de nutrition, de soins parodontaires et de dentisterie communautaire.

Débouchés éventuels dans le domaine de l'éducation

Il est impossible de prévoir les répercussions de l'excédent de ressources humaines prévu pour les années 1980 sur les débouchés dans l'enseignement pour les hygiénistes dentaires. En Ontario, par exemple, les associations professionnelles de dentistes et d'hygiénistes dentaires de concert avec le Collège Royal des chirurgiens dentistes, ont recommandé, en 1981, de réduire de 50 % les inscriptions dans les programmes de formation d'hygiénistes dentaires et d'accepter 25 % moins d'étudiants dans les écoles de médecine dentaire (ODHA, 1981; RCDS, 1981). Toutefois, cette recommandation a été réexaminée en 1985 par l'Association des hygiénistes dentaires (ODHA, 1985) et, en 1986, par les dentistes.

Il est probable que les occasions d'emploi dans l'enseignement pour les hygiénistes dentaires vont demeurer relativement constantes dans un avenir rapproché. Ces débouchés continueront à être attrayants à cause des salaires, des avantages sociaux et de la structure de carrière (Lewis, 1982).

Tableau 7.4

Hygiénistes dentaires oeuvrant à titre d'enseignantes au Canada, par province, type d'établissement, à temps plein ou à temps partiel, selon le titre scolaire le plus élevé pour 1985

Province	Établissement	Temps plein/ temps partiel	Titre scolaire le plus élevé				
			Diplôme en hygiène dentaire	Certificat après un diplôme		Baccalauréat	Maîtrise
Colombie-Britannique	Université de la Colombie-Britannique	Temps plein	3	-	-	2	1
		Temps partiel	6	3	-	2	1
Alberta	Université de l'Alberta	Temps plein	3	-	-	-	3
		Temps partiel	15	7	-	6	2
Saskatchewan	Wascana Institute	Temps plein	2	1	-	1	-
		Temps partiel	1	1	-	-	-
Manitoba	Université du Manitoba	Temps plein	3	-	-	-	3
		Temps partiel	7	6	-	1	-
Ontario	Université de Toronto	Temps plein	1	-	-	-	1
		Temps partiel	0	-	-	-	-
	9 CAATs*(a)	Temps plein	30	10	5	12	3
		Temps partiel	56(b)	24	5	25	2
	Base des Forces armées canadiennes à Borden	Temps plein	3	3	-	-	-
		Temps partiel	0	-	-	-	-
Québec	6 CEGEPs**	Temps plein	42	2	2	35	3
		Temps partiel	14	5	2	4	3
	Université de Montréal	Temps plein	2	-	-	2	-
		Temps partiel	0	-	-	-	-
Nova Scotia	Université Dalhousie	Temps plein	6	1	-	3	2
		Temps partiel	8	4	-	4	-
	TOTAUX	Temps plein					
		Temps partiel	202	67	14	97	24

a) Deux CAATs n'ont pas répondu.

b) Les titres de deux professeurs à temps partiel n'ont pas été indiqués

* CAAT (Colleges of Applied Arts and Technology)
Algonquin College, Cambrian College, Canadore College, Confederation College, Durham College, Fanshawe College, George Brown College, Georgian College, Niagara College, Seneca College et St. Clair College.

** CEGEP (Collège d'enseignement général et professionnel)
CEGEP Édouard-Montpetit, CEGEP François-Xavier Garneau, John Abbott College, CEGEP de Maisonneuve, CEGEP Saint-Hyacinthe et CEGEP Trois-Rivières.

Source : Enquête sur les programmes d'éducation en hygiène dentaire, 1985, Groupe de travail sur l'exercice de l'hygiène dentaire.

4. Les services dentaires des Forces armées canadiennes

Dans les Forces armées canadiennes, le rôle de l'hygiéniste dentaire est d'appuyer le programme de soins dentaires en donnant des instructions, de la formation et des soins cliniques. Comme tous les militaires sont vus chaque année pour recevoir des instructions et des traitements de prévention, l'hygiéniste dentaire occupe un poste très important dans l'équipe dentaire (McQueen, 1985).

En février 1985, il y avait 69 postes d'hygiéniste dentaire dans les Forces armées canadiennes (McQueen, 1985), leur nombre s'étant accru depuis le début des années 1980. Ces postes se trouvent dans la plupart des détachements dentaires au pays et dans les deux bases canadiennes en Allemagne. On trouvera au tableau 7.5, la liste des endroits où il existe des postes au Canada. En plus de ces postes pour des hygiénistes dentaires qui font partie du personnel militaire, certains postes sont ouverts aux hygiénistes dentaires civiles. En février 1985, il y avait environ 6 hygiénistes dentaires civiles au service des Forces armées et on s'attendait à en recruter de 9 à 12 pendant l'année 1984-1985 (McQueen, 1985). Après cette campagne de recrutement, on s'attendait à ce que tous les postes ouverts à des civils soient remplis. Quand les hygiénistes dentaires militaires qui devaient obtenir leur diplôme au printemps de 1985 à la base de Borden auront été placés, on prévoyait que tous les postes disponibles dans les Forces canadiennes seraient occupés. On ne prévoyait aucune augmentation des postes dans un proche avenir (McQueen, 1985).

Les fonctions des hygiénistes dentaires qui travaillent dans les Forces armées comprennent la dispensation d'instructions sur l'hygiène buccale, l'exécution de prophylaxies dentaires, la prise de radiographies intra- et extra-buccales et le développement des pellicules, la dispensation de conseils en matière de nutrition, des travaux d'écriture connexes et l'entretien du matériel nécessaire. Les hygiénistes dentaires doivent travailler sous la surveillance des dentistes présents sur les lieux (Thompson, 1982).

Tableau 7.5

Endroits, au Canada, où des hygiénistes dentaires des services dentaires des Forces armées canadiennes exercent leur profession, 1985

Province	Endroit
Ile-du-Prince-Édouard	Summerside
Nouvelle-Écosse	Halifax, Shearwater, Cornwallis
Nouveau-Brunswick	Chatham, Gagetown
Québec	Montréal, Saint-Jean, Valcartier, Bagotville
Ontario	North Bay, Petawawa, Borden, Toronto, Ottawa, Trenton, Kingston
Manitoba	Shilo, Winnipeg
Saskatchewan	Moose Jaw
Alberta	Edmonton, Cold Lake, Calgary
Colombie-Britannique	Esquimalt, Chilliwack, Comox

Source : Services dentaires des Forces canadiennes

L'École des services dentaires des Forces armées canadiennes, à la base de Borden, en Ontario, est ouverte depuis 1957* (Donely, 1982). Des hygiénistes dentaires recrutées dans les services dentaires de différentes régions du pays et d'Europe servent d'instructeurs dans cette école. En 1982, l'École avait formé 95 hygiénistes dentaires diplômés et 31 hygiénistes pouvant remplir des fonctions élargies (Johnson, 1982).

En 1986, il y avait 15 postes pour des hygiénistes dentaires capables de remplir des fonctions élargies en dentisterie restauratrice comme les diplômées des programmes de formation en Ontario (McQueen, 1986). Les candidats à cette formation sont choisis parmi les hygiénistes dentaires militaires d'expérience. Quand ils ont acquis la compétence nécessaire, ils reçoivent le titre de thérapeute dentaire et sont habituellement employés dans des bases où la demande de dentisterie opératoire est grande.

Ces dernières années, les services dentaires des Forces canadiennes ont ouvert de nouveaux postes pour les hygiénistes dentaires qui désirent entrer dans l'armée et sont prêts à déménager au besoin.

5. La recherche

Les premiers travaux des hygiénistes dentaires canadiennes dans le domaine de la recherche ne sont pas bien documentés, mais on peut trouver des rapports de recherche dans la littérature dès la fin des années 1960. On retrouve divers sujets depuis la recherche en laboratoire jusqu'à l'évaluation des programmes de santé publique (Gray, Gunther et Jordan, 1970). Dès 1967, une hygiéniste dentaire canadienne a fait (à titre d'enquêteur principal) un exposé devant l'Association internationale de la recherche dentaire (Pollard, Bergman et Kasloff, 1967). Durant les années 1970, les hygiénistes dentaires se sont beaucoup plus occupées de recherche, la plupart du temps à titre de directeur de projet, d'examinateur clinique et d'assistante de recherche mais aussi à titre de chercheur principal ou chercheur associé. Les recherches étaient habituellement menées dans des universités ou au sein de programmes de santé publique. De plus, quelques hygiénistes dentaires ont fait des recherches dans le cadre de leurs études au niveau de la maîtrise ou du doctorat.

Comme on savait peu de choses de la recherche en tant qu'activité des hygiénistes dentaires canadiennes, le Groupe de travail a fait une enquête au printemps de 1982. Les résultats ont confirmé que, la plupart du temps, les hygiénistes dentaires ne travaillent pas à plein temps à la recherche mais remplissent simultanément d'autres responsabilités au sein de programmes universitaires d'hygiène dentaire, dans les facultés d'art dentaire, des hôpitaux ou des services de santé communautaire. Le Manitoba et le Québec sont les deux provinces où il se fait le plus de recherches en hygiène dentaire. D'après les résultats de l'enquête, la participation des hygiénistes dentaires à la recherche augmente rapidement (Fréchette, 1982).

Le Groupe de travail sur l'exercice de l'hygiène dentaire a établi un Sous-comité sur la recherche, au début de 1982. La principale activité de ce sous-comité a été d'organiser, à l'automne de 1982, au nom du Groupe de travail sur l'exercice de l'hygiène dentaire et de concert avec l'École d'hygiène dentaire de l'Université du Manitoba, la première conférence sur la recherche en hygiène dentaire.

L'objectif général de cette conférence était d'encourager la participation des hygiénistes dentaires canadiennes à la recherche. On visait, en particulier, à ce que, à la fin des deux journées de conférence, chacune des participantes

1. ait repéré plusieurs sujets de recherche intéressants et en ait discuté;
2. ait défini deux sujets de recherche spécifiques dans au moins un de ces domaines, en consultation avec un des dirigeants de la conférence;
3. soit capable de trouver les sources de financement appropriées, et
4. ait recueilli les noms de collaborateurs potentiels.

* Appelée au début Royal Canadian Dental Corps School, elle était située à Ottawa de 1947 à 1957.

Quatorze chercheurs et consultants distingués du Canada et des États-Unis ont dirigé la conférence. Quarante-deux hygiénistes venant des milieux de l'éducation et de la santé publique, des hôpitaux et des cabinets dentaires privés étaient inscrites au nombre des participants. L'organisation de la conférence facilitait les discussions en groupes restreints et les consultations individuelles en même temps que la présentation d'exposés devant le groupe tout entier.

Cette conférence a connu un franc succès. L'intérêt qu'elle a suscité à l'égard de la participation d'hygiénistes dentaires canadiennes à des projets de recherches et à l'établissement d'un réseau de chercheurs et d'hygiénistes partageant les mêmes intérêts peut avoir grandement contribué à l'évolution de l'hygiène dentaire au Canada.

Le compte rendu de la conférence a été publié et est disponible à l'École d'hygiène dentaire de l'Université du Manitoba et auprès de la Direction des services de santé du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social.

Les hygiénistes dentaires canadiennes ne sont pas les seules à s'intéresser à la recherche. Lors de la réunion des directeurs de l'American Dental Hygienists' Association, en juin 1982, on avait prévu une séance spéciale pour la présentation des rapports de recherche, et, en juillet 1984, l'ADHA a organisé une conférence intitulée : 'National Agenda on Dental Hygiene Research'.

La conférence canadienne semble avoir stimulé l'intérêt des hygiénistes dentaires pour la recherche. Elle a servi, en particulier, à établir un réseau de communications entre les hygiénistes dentaires et d'autres personnes partageant les mêmes intérêts. Des études séquentielles ont été menées à l'automne de 1983 et de 1984 pour vérifier les activités des participants à la conférence de l'année précédente dans le domaine de la recherche. Dans les deux cas, on a constaté une activité considérable (Forgay 1985, 1983).

Il est probable que le nombre des hygiénistes dentaires qui consacrent la majorité de leur temps à la recherche va continuer à représenter une faible fraction de l'effectif. Toutefois, ces dernières années, le nombre des hygiénistes dentaires poursuivant des recherches au niveau universitaire qui ont bénéficié de subventions et présenté ou publié les résultats de leurs recherches a eu tendance à augmenter. Le fait que l'Association canadienne des hygiénistes dentaires se propose d'établir une bourse de formation à la recherche indique bien l'importance qu'elle attache à cette activité.

Parmi les sujets de recherche qui peuvent intéresser les hygiénistes dentaires mentionnons : l'élaboration de modèles pour prévoir les besoins en ressources humaines dans le domaine de l'hygiène dentaire; les répercussions de différents modes d'exercice de l'hygiène dentaire sur la qualité des soins de même que sur leur efficacité et leur efficience; la satisfaction du consommateur et du dispensateur; les facteurs déterminants des modes de services offerts par les hygiénistes dentaires; la prévention de la maladie parodontaire au niveau communautaire; l'épidémiologie de la maladie bucco-dentaire, y compris le dépistage des groupes à risque élevé; les méthodes d'évaluation et d'enseignement clinique; la prédiction du rendement éventuel de l'hygiène dentaire; le recours aux hygiénistes dentaires dans différents milieux de travail; les facteurs déterminant le comportement préventif en santé dentaire; l'efficacité de l'éducation permanente pour les hygiénistes dentaires; les effets des fluorures sur la carie des racines dentaires; la mesure de l'efficacité des programmes de promotion de la santé et de l'observation des traitements par les patients.

La recherche en tant que domaine important de l'exercice de l'hygiène dentaire aura sans doute des conséquences considérables. Elle devrait offrir des débouchés de carrière satisfaisants et rehausser le statut professionnel des hygiénistes dentaires (Stamm, 1982). Ce qui importe encore davantage, c'est que la recherche devrait ajouter aux connaissances sur de nombreux sujets et, avec le temps, améliorer la santé buccale des Canadiens.

6. L'industrie dentaire

Une enquête auprès de 56 fabricants, vendeurs et distributeurs de matériel dentaire a été menée à

l'automne de 1981 afin d'examiner la question des débouchés pour les hygiénistes dentaires (Johnson, 1982). Parmi les 28 représentants de sociétés qui ont répondu à un questionnaire, trois seulement ont indiqué qu'ils employaient actuellement une hygiéniste dentaire. Deux ont indiqué que leur maison-mère américaine employait des hygiénistes dentaires. Deux autres ont fait savoir qu'ils avaient déjà employé des hygiénistes dentaires comme représentantes commerciales et qu'ils étaient prêts à le faire à nouveau. Une de ces sociétés qui avait employé une hygiéniste dentaire à Montréal comptait, à la même époque, une "infirmière dentaire" au nombre de son personnel à Edmonton, à titre de représentante commerciale.

Il y a, à l'heure actuelle, peu de débouchés pour les hygiénistes dans l'industrie dentaire, mais un certain intérêt a été exprimé. Des hygiénistes dentaires audacieuses sont allées rencontrer des fabricants et des fournisseurs pour leur expliquer comment elles pourraient être utiles dans leur société. À l'heure actuelle, un fabricant important de produits d'hygiène dentaire destinés aux consommateurs est en train de créer un poste pour une hygiéniste dentaire consultante (Johnson, 1982). Celles qui cherchent des postes de consultante ou de gestionnaire devront avoir acquis une compétence et une expérience spécifiques. Par exemple, on exigeait des connaissances en marketing et en économique pour un poste de gestionnaire des produits (Johnson, 1982).

L'ouverture de débouchés dans l'industrie dentaire est un phénomène évident aux États-Unis aussi bien qu'au Canada (Noonan, 1984; Stein, 1984). Il se peut bien qu'un plus grand nombre d'hygiénistes dentaires cherchent des postes dans l'industrie dentaire lorsqu'elles se rendront compte que d'autres collègues y ont été embauchées.

7. Les cliniques dentaires organisées par les entreprises et les syndicats

Il existe, dans un certain nombre de pays, des cliniques dentaires organisées par des syndicats et des entreprises. Des hygiénistes dentaires y dispensent des soins d'hygiène dentaire, habituellement au sein d'une équipe dentaire. Par exemple, la société Marks and Spencer, une chaîne internationale de magasins dont le siège social est à Londres (Angleterre), offre à ses employés un service de santé dentaire en trois parties, en Grande-Bretagne, en Irlande, en Belgique et en France (Barnaby, 1982). D'autres cliniques similaires "sur les lieux de travail" existent aux États-Unis. Il n'y en a pas encore au Canada.

Certains syndicats ont établi des cliniques où leurs membres peuvent obtenir des services de santé dentaire dispensés par un personnel d'état-major. Les seules cliniques du genre au Canada se trouvent en Ontario. La plus ancienne est celle des Travailleurs unis de l'automobile, à Oshawa, où il y a habituellement au moins une hygiéniste dentaire. Le syndicat des métallurgistes, à Sault Ste-Marie, a établi un autre grand centre de santé communautaire. Celui-ci fonctionne comme l'équivalent ontarien d'une *Health Maintenance Organization* américaine. Cinq dentistes, qui travaillent en groupe, y emploient au moins une hygiéniste dentaire à temps plein. Une troisième clinique syndicale, située au centre de Toronto, est exploitée par la section 183 de l'Union des journaliers. En général, quatre dentistes y travaillent à temps plein en plus d'un coordonnateur à temps partiel et d'une hygiéniste dentaire à temps partiel. On n'envisage la création d'aucune autre clinique syndicale en Ontario (ODA, 1981).

On peut s'attendre à ce que les débouchés dans les milieux de travail pour les hygiénistes dentaires augmentent lentement mais que le nombre de ces professionnelles oeuvrant dans ce genre de milieu demeure restreint.

8. L'exercice de l'hygiène dentaire à titre privé : autres modes d'exercice

Une autre question controversée en ce qui a trait à l'exercice de l'hygiène dentaire en clinique est le concept de pratique privée alternative. On a inventé de nouveaux termes à propos de l'exercice de l'hygiène dentaire; on parle maintenant d'hygiéniste dentaire indépendante travaillant à contrat, de praticienne indépendante, de praticienne associée à un dentiste, d'hygiéniste dentaire autonome ou

pigiste, etc. Ces appellations ne sont pas toutes synonymes. Les principales appellations sont définies et développées plus loin et le tableau 7.6 fournit une comparaison des quatre "nouveaux" modes d'exercice de l'hygiène dentaire dont il est le plus souvent question. Ces types d'exercice (à l'exception de la "pige"), ne sont pas encore connus au Canada, mais leur multiplication aux États-Unis a fait l'objet de discussions importantes tant au sein des organismes professionnels de dentistes et d'hygiène dentaire qu'entre ces organismes (Kuperburg et coll., 1981; Schwager, 1981; ADHA, 1983b). Parmi les autres groupes intéressés, mentionnons les organismes gouvernementaux et les associations de consommateurs (Conseil économique du Canada, 1981; Kviz, 1985). Par exemple, la U.S. Federal Trade Commission s'est occupée plus particulièrement de l'exercice de l'hygiène dentaire à titre indépendant lors de son enquête auprès de "l'industrie dentaire" (U.S. Federal Trade Commission, 1980). Les dentistes canadiens ayant manifesté plus d'intérêt pour cette question au début des années 1980, l'Association canadienne des hygiénistes dentaires a élaboré une série de définitions (voir l'Annexe G) pour tenter de rationaliser l'étude de la question dans le contexte canadien.

L'hygiéniste dentaire autonome (pigiste)

Considérée comme un "pseudo" entrepreneur indépendant, l'hygiéniste dentaire autonome ou pigiste est une personne à qui les textes de loi régissant les dentistes ou les hygiénistes dentaires et les autorités fédérales en matière d'impôt sur le revenu permettent de se considérer comme une travailleuse autonome plutôt que comme une employée. Il s'agit essentiellement, plutôt que d'un type d'exercice, d'une disposition financière qui peut être avantageuse tant pour l'employeur que pour l'employée. Le dentiste évite ainsi certaines taxes et le versement d'avantages sociaux comme les contributions au Régime de pensions de vieillesse du Canada. L'hygiéniste dentaire bénéficie des déductions fiscales accordées aux travailleurs indépendants. Dans ce type d'arrangement, l'hygiéniste dentaire ne loue pas de bureau et ne réclame pas des honoraires en son propre nom, elle n'établit pas son propre horaire et ne paie pas les instruments et les fournitures pour son propre compte.

Les hygiénistes dentaires qui envisagent ce genre d'arrangement devraient en analyser les aspects économiques avec soin (Hunnicutt, 1979, Cottrelle, 1981). Plusieurs facteurs doivent être pris en considération. Il faut notamment des contrats écrits et des assurances en responsabilité et contre les fautes professionnelles pour l'hygiéniste dentaire; il faut discuter des modes de rémunération (par exemple salaire et commission) et des dépenses comme les contributions au Régime de pensions de vieillesse du Canada et les services de comptabilité.

L'hygiéniste dentaire indépendante travaillant à contrat

L'hygiéniste dentaire indépendante travaillant à contrat est une personne qui dispense des services d'hygiène dentaire à contrat sous la direction d'un dentiste. Selon ce type d'entente, l'hygiéniste dentaire assume tous les risques et bénéficie de tous les avantages associés à la possession d'un commerce, notamment la location ou l'achat d'un bureau, les frais d'exploitation et les frais généraux, l'établissement de son horaire de travail et d'un barème d'honoraires et le recouvrement des créances (Bean, Gentry et Bernd, 1981). Dans certains cas, l'hygiéniste dentaire indépendante travaillant à contrat loue l'espace et le matériel nécessaire d'un dentiste (Hunnicutt, 1979). Elle peut également choisir de fonctionner à titre de propriétaire unique dans un bureau distinct, souvent adjacent à celui d'un dentiste qui est propriétaire de l'établissement et du matériel (Bean, Gentry et Bernd, 1981; Dreyer, 1984; Krol, 1980).

Il est possible pour une hygiéniste dentaire indépendante de travailler à contrat même lorsque la loi exige une surveillance générale, car dans ce cas, il n'est pas nécessaire que le dentiste soit présent sur les lieux; il suffit qu'il soit au courant des services dispensés à chaque client. Encore rares au Canada, les hygiénistes indépendantes travaillant à contrat se rencontrent plus fréquemment aux États-Unis.

Tableau 7.6

Différents modes d'exercice en cabinet privé pour les hygiénistes dentaires

Caractéristiques	Hygiéniste dentaire autonome	Hygiéniste dentaire indépendante travaillant à contrat	Propriétaire associée à un dentiste	Hygiéniste dentaire praticienne indépendante
A. Propriété	Exerce dans le cabinet du dentiste qui les supervise	Exerce dans le cabinet du dentiste qui les supervise, en louant l'installation	Possède et entretient un cabinet distinct mais a établi un contrat avec un dentiste qui la commandite	Possède et entretient un bureau distinct Aucun contrat avec le dentiste qui la supervise ou la commandite
B. Responsabilité d'affaires	Assume une responsabilité personnelle mais pas une responsabilité d'affaire	Assume toute la responsabilité financière et de gestion pour sa propre pratique, notamment assume les frais d'installation, de loyer, le salaire des employés, c.à-d. est propriétaire du cabinet d'hygiène dentaire	Assume toute la responsabilité financière et de gestion pour sa propre pratique, notamment assume les frais d'installation, de loyer, le salaire des employés, c.à-d. est propriétaire du cabinet d'hygiène dentaire	Assume toute la responsabilité financière et de gestion pour sa propre pratique, notamment assume les frais d'installation, de loyer, le salaire des employés, c.à-d. est propriétaire du cabinet d'hygiène dentaire
C. Statut professionnel	Autonome - Paie 100 % de toutes les déductions à la source du gouvernement et réclame les déductions accordées aux travailleurs autonomes	Autonome - Paie 100 % de toutes les déductions à la source du gouvernement et réclame les déductions accordées aux travailleurs autonomes	Autonome - Paie 100 % de toutes les déductions à la source du gouvernement et réclame les déductions accordées aux travailleurs autonomes	Autonome - Paie 100 % de toutes les déductions à la source du gouvernement et réclame les déductions accordées aux travailleurs autonomes

Tableau 7.6 (suite)

Différents modes d'exercice en cabinet privé pour les hygiénistes dentaires

Caractéristiques	Hygiéniste dentaire autonome	Hygiéniste dentaire indépendante travaillant à contrat	Propriétaire associée à un dentiste	Hygiéniste dentaire praticienne indépendante
D. Exigences en matière de surveillance	Répond à toutes les exigences en matière de surveillance générale - La présence d'un dentiste n'est pas nécessaire	Répond à toutes les exigences en matière de surveillance générale - La présence d'un dentiste n'est pas nécessaire	Répond à toutes les exigences en matière de surveillance générale - La présence d'un dentiste n'est pas nécessaire	
	Répond aux exigences de surveillance directe - il y a un dentiste sur les lieux	Répond aux exigences de surveillance directe - il y a un dentiste sur les lieux	Ne fonctionne pas sous surveillance directe	Ne fonctionne pas sous la surveillance générale ou indirecte d'un dentiste
E. Facture directement les patients	Non	Oui	Oui	Oui
F. Source de clientèle	Uniquement le dentiste surveillant	Le dentiste surveillant ou tout dentiste avec lequel elle détient un contrat	Habituellement avec des dentistes pour lesquels elle travaille à contrat mais par prescription seulement	Les clients peuvent être envoyés par un dentiste mais ils peuvent aussi se présenter d'eux-mêmes
G. Responsabilité ultime des soins aux patients	N'assume pas la responsabilité ultime des soins aux patients - celle-ci est assumée par le dentiste surveillant	N'assume pas la responsabilité ultime des soins aux patients - celle-ci est assumée par le dentiste surveillant	Non - responsabilité assumée par le dentiste	Oui - assume la responsabilité juridique ultime pour les soins aux patients

Tableau 7.6 (suite)

Différents modes d'exercice en cabinet privé pour les hygiénistes dentaires

Caractéristiques	Hygiéniste dentaire autonome	Hygiéniste dentaire indépendante travaillant à contrat	Propriétaire associée à un dentiste	Hygiéniste dentaire praticienne indépendante
H. Statut juridique	Légal dans certaines parties des États-Unis et du Canada	Légal dans les endroits où une surveillance générale est permise	Légal dans certains États américains mais illégal au Canada	Illégal en Amérique du Nord excepté au Colorado (É.-U.)
I. Prévalence	Très peu de cas documentés. Exemples en C.-B. et en Ontario.	A débuté en Californie et existe maintenant dans les États qui permettent une surveillance générale - c.-à-d., le New Jersey, l'Oregon, le Colorado, New York. N'existe pas au Canada	La plupart des pratiques signalées se trouvent au Colorado - ex. J.A. Grant of Associates in Dental Hygiene N'existe pas au Canada	Cas types signalés : Susan Edwards, Pennsylvanie; Alice De Lancey, Caroline du Sud. N'existe pas au Canada

La Colombie-Britannique est la seule province dont la législation permette la surveillance générale. En 1986, plus de 40 États américains avaient des lois permettant aux hygiénistes dentaires de travailler de façon indépendante à contrat.

La praticienne en hygiène dentaire associée à un dentiste représente une extension du concept d'entrepreneur indépendant (Krol, 1981). L'hygiéniste dentaire satisfait les exigences en matière de surveillance générale soit en n'accueillant que les clients qui lui sont envoyés par les dentistes auxquels elle est associée ou en obtenant, à contrat, les services d'un dentiste qui établit les diagnostics, exerce une surveillance générale, donne des consultations et dispense des soins d'urgence. Dans ce cas, la clientèle de l'hygiéniste dentaire peut comprendre des patients qui ne lui sont pas envoyés par le dentiste qui la "commandite", par exemple des clients qui lui sont envoyés par des dentistes prescripteurs et d'autres travailleurs des services de santé ou des services sociaux ou des clients qui s'adressent directement à elle. Nous n'avons encore jamais entendu parler, au Canada, d'hygiénistes dentaires associées à un dentiste.

Les articles sur ces modes d'exercice non traditionnels contiennent la description de quelques cas et les opinions sont mitigées (Johnson, 1982). Certains pensent qu'en principe, le travail à contrat devrait être avantageux non seulement pour les hygiénistes dentaires, mais aussi pour les clients et les dentistes (Dunning, 1976). Les hygiénistes dentaires font alors du dépistage et se constituent une clientèle, mais elles envoient aux dentistes les patients qui ont besoin de soins dentaires. Si en choisissant de s'adresser à une hygiéniste dentaire plutôt qu'à un dentiste on peut s'attendre à obtenir de l'efficacité sur le plan technique et à payer des honoraires moins élevés, les services de santé dentaire vont devenir plus accessibles. Par ailleurs, ceux qui s'opposent à cette situation pensent que la fragmentation des services peut compromettre la qualité et le caractère global des soins (Dunning, 1976).

Quelques hygiénistes dentaires indépendantes travaillant à contrat ont signalé un certain nombre d'avantages personnels. Par exemple, une plus grande satisfaction et un sens plus aigu du service, la possibilité d'établir leurs propres normes de soins, l'indépendance sur le plan financier, l'élimination du "plafonnement" précoce dans la carrière, la possession de leur propre matériel et de leur propre clientèle, l'impression de diriger leur destinée et la possibilité d'éviter l'épuisement professionnel (Hunnicutt, 1979; Krol 1980 et 1981; Woodall et Bentley, 1981; Kuperberg et coll., 1981; Levin 1980; Dreyer, 1984). Mais, associés à ces avantages, il faut compter les responsabilités, les risques financiers et une gamme plus vaste de problèmes administratifs. (Dreyer, 1984; Woodall, Bentley, 1981). Au Canada, l'augmentation des associations à contrat va dépendre de la modification des lois et des changements dans l'attitude des dentistes, mais aussi des aspirations et des attributs des différentes hygiénistes dentaires.

L'hygiéniste dentaire agissant comme praticienne indépendante

L'hygiéniste dentaire praticienne indépendante possède sa propre entreprise et l'exploite sans la surveillance d'un dentiste employeur, associé ou commanditaire. Elle offre ses services directement au public. Ceux qui sont en faveur de ce système pensent qu'une pratique indépendante va rendre plus facile la dispensation de services de prévention à des coûts moins élevés pour des populations actuellement mal desservies, comme les personnes âgées et celles qui sont retenues à la maison ou dans des établissements de garde. On pense que les hygiénistes dentaires pourraient structurer leur pratique de façon qu'elle soit accessible à ces groupes.

A l'heure actuelle, les hygiénistes dentaires ne sont pas autorisées à exercer leur profession de façon indépendante en Amérique du Nord, sauf au Colorado. Cependant, la législation américaine a été contestée dans divers États, notamment dans l'État de Washington et au Colorado (ADHA, 1987; Edstrom Tussing, 1986; ADA, 1986; Bartelson, 1986) et, au niveau fédéral, par la Federal Trade Commission (1980). En Californie, au Colorado et dans l'État de Washington, on a cherché à amender les lois de

l'État sur la pratique dentaire afin de permettre aux hygiénistes dentaires d'exercer leur profession de façon indépendante (ADA 1985, 1981b). Si la loi devait permettre aux hygiénistes dentaires d'exercer indépendamment ailleurs, on ne s'attend pas à ce que cela fasse disparaître le modèle de pratique traditionnel. Dans son rapport sur la pratique en tant que praticienne en hygiène dentaire, la U.S. Federal Trade Commission déclare :

> L'exercice de l'hygiène dentaire en association avec les dentistes continuerait sans doute, particulièrement là où cette disposition est la meilleure sur le plan économique (U.S. Federal Trade Commission, 1980).

En résumé, bien qu'on accepte maintenant les praticiens et les entrepreneurs indépendants chez les infirmières et infirmiers, les physiothérapeutes, les nutritionnistes et les travailleurs sociaux, le concept est nouveau en ce qui concerne l'équipe de santé dentaire et il a soulevé beaucoup de controverse. Les idées fausses qui existent en ce qui concerne la différence entre un entrepreneur indépendant, un praticien indépendant et l'auto-réglementation en plus de l'idée, également fausse, que la surveillance générale équivaut à une pratique indépendante, ont contribué à faire naître cette controverse.

La question de la pratique indépendante pour les hygiénistes dentaires n'est pas très discutée au Canada à l'heure actuelle. Aucune des associations professionnelles d'hygiénistes dentaires canadiennes ou américaines n'a fait de déclaration de principe en ce qui a trait à la pratique indépendante. L'Association canadienne des hygiénistes dentaires a fait savoir que la question doit être examinée plus à fond avant qu'on puisse établir une politique (ACHD, 1985). L'évolution de la situation aux États-Unis va sans doute être surveillée avec intérêt, mais le climat politique est tel que la perspective d'une pratique indépendante paraît limitée (Born, 1983).

Les autres solutions de rechange à la pratique indépendante, par exemple la pratique dans les hôpitaux et les genres de contrats dont il a été question plus tôt dans ce chapitre semblent avoir plus de chances de survie. Elles conservent l'intégration de l'hygiène dentaire et des services dentaires tout en offrant plus de souplesse et d'autonomie dans l'exercice de l'hygiène dentaire - particularités intéressantes pour les praticiens. L'American Dental Hygienists' Association, dans une enquête menée en 1983 auprès des hygiénistes dentaires, a trouvé que 58 % des personnes qui ont répondu à un questionnaire ont indiqué une préférence pour un mode d'exercice différent du leur qui était, la plupart du temps, un emploi dans un cabinet dentaire privé. On aurait préféré dans l'ordre : l'exercice indépendant à contrat (30 %), l'exercice en tant que praticienne indépendante (18 %) et l'exercice en établissements (10 %), par exemple dans des maisons de repos et des établissements sous surveillance générale ou minimale de la part d'un dentiste (ADHA, 1983a).

9. Conclusions

Au Canada, les cabinets dentaires privés sont et continueront d'être le principal milieu d'exercice pour les hygiénistes dentaires. L'organisation et la localisation des cabinets dentaires privés va continuer à changer; il y aura plus de pratiques de groupe et des façons plus innovatrices de dispenser des soins dentaires dans le secteur privé. On peut croire que l'exercice dans le secteur privé devrait se développer étant donné qu'au Canada, un seul dentiste sur trois emploie une hygiéniste dentaire. Les prévisions relatives aux ressources humaines qui indiquent un excédent possible d'hygiénistes dentaires n'ont pas été vérifiées (voir le chapitre III). En réalité, les occasions d'emploi dans le secteur privé devraient augmenter étant donné le besoin de services préventifs (Santé et Bien-être social Canada, 1979), l'augmentation des programmes d'assurance dentaire et la sensibilisation des consommateurs à l'idée de prévention en matière de santé dentaire.

Dans l'ensemble, les hygiénistes dentaires ont l'impression que leur formation de base constitue une préparation adéquate au travail en cabinet dentaire privé. Toutefois, environ la moitié de celles qui travaillent en santé communautaire et dans des cabinets spécialisés ont déclaré que leur formation de base ne leur semblait pas suffisante (Lewis, 1982). Si le but des programmes de

formation en hygiène dentaire est de préparer les hygiénistes dentaires à travailler dans des milieux spécialisés et en santé communautaire aussi bien que dans des cabinets dentaires de généralistes, il faudrait examiner cette observation plus à fond.

L'exercice de l'hygiène dentaire en cabinet privé est influencé par la perception qu'ont les dentistes des hygiénistes dentaires. Par conséquent, celles-ci devraient faire reconnaître leur capacité d'ajouter une nouvelle dimension aux services de prévention et à l'éducation des clients. L'utilisation efficace des capacités des hygiénistes dentaires dans le domaine de la planification, de la dispensation et de l'évaluation de services préventifs devrait être bénéfique pour les dentistes, les hygiénistes dentaires et les clients potentiels. Dans ce but, il appartient à chaque hygiéniste dentaire exerçant sa profession de se tenir au courant des données les plus récentes de la recherche et de la pratique dans le domaine de la dentisterie préventive et d'incorporer ces concepts et ces techniques dans la pratique clinique. Ce faisant, elles agiront à titre d'agent de changement dans la pratique dentaire. Les hygiénistes dentaires peuvent être appelées à acquérir de nouvelles compétences pour effectuer ces changements.

Les débouchés ouverts aux hygiénistes dentaires en santé communautaire devraient vraisemblablement augmenter et peut-être représenter un plus fort pourcentage de l'ensemble des postes qui leur sont offerts. Les hygiénistes dentaires trouveront plus d'emplois dans les établissements lorsqu'on aura institué une réglementation appropriée. La possibilité qu'un plus grand nombre d'hygiénistes dentaires travaillent dans des milieux plus variés en santé communautaire va augmenter l'accès aux services de dépistage et de prévention et peut provoquer une plus grande demande de services dans le secteur privé.

Dans tous les milieux d'exercice, les hygiénistes devraient, en principe, travailler de concert avec leurs employeurs afin de surveiller, d'évaluer et d'améliorer sans cesse les services dentaires qui sont actuellement dispensés. Les résultats des recherches, l'information sur la gestion de la pratique, l'élaboration de nouvelles techniques de prévention, la mise en application de normes d'exercice, les caractéristiques de la clientèle et l'expérience acquise dans divers milieux, tout cela peut influencer ce processus continu d'évaluation et de modification de l'exercice.

L'élaboration de normes d'exercice clinique de l'hygiène dentaire qui fait l'objet du deuxième tome de ce rapport devrait avoir des répercussions positives dans tous les milieux cliniques. Ces normes peuvent être la base de débats au sein desquels les hygiénistes dentaires, les dentistes et d'autres personnes oeuvrant dans le même secteur peuvent collaborer à améliorer et conserver la qualité des soins d'hygiène dentaire dans un milieu donné.

Le nombre des débouchés offerts par les maisons d'enseignement devrait demeurer constant étant donné que la période d'expansion rapide des programmes de formation des hygiénistes dentaires est terminée. Le niveau de formation des titulaires de postes dans l'enseignement va être plus élevé. La nature du travail, la structure de carrière bien définie et le statut qui s'y rattache, de même que le salaire attrayant et les avantages sociaux qui l'accompagnent continueront à attirer les hygiénistes dentaires vers ce genre de travail.

Des milieux d'exercice non traditionnels (c'est-à-dire en dehors des cabinets dentaires privés, des services de santé communautaire et des établissements d'enseignement) vont graduellement se répandre, mais la majorité des hygiénistes dentaires vont continuer à oeuvrer dans les milieux traditionnels où elles chercheront à assumer plus de responsabilités, ce qui devrait leur permettre de dispenser un meilleur service (Muchmore, 1979; Darby, 1981). Même dans les nouveaux modes d'exercice, la plupart des hygiénistes dentaires préfèrent travailler en étroite collaboration avec les dentistes et faire partie d'une équipe dentaire. Tout en restant au coeur d'un modèle intégré de dispensation de soins, elles désirent néanmoins avoir plus de possibilités d'offrir des services de prévention, notamment en modifiant la répartition des tâches et des responsabilités. On croit d'ordinaire qu'une plus grande collaboration devrait servir l'intérêt du public.

Le fait qu'à l'heure actuelle bon nombre de Canadiens n'ont pas accès à des soins dentaires suffisants constitue le fondement de ce débat. Si, comme bon nombre de personnes qui oeuvrent dans le domaine de la santé dentaire le prétendent, les soins dentaires sont un service essentiel à la santé, il faut, pour améliorer la santé bucco-dentaire de la population, envisager de changer les systèmes de dispensation de soins en modifiant les proportions de dispensateurs des divers services (Dunning, 1983). Il faudrait examiner les autres modèles d'exercice de l'hygiène dentaire appliqués aux États-Unis. Au Canada, les groupes intéressés devraient encourager la mise sur pied de recherches comme des opérations de démonstration afin d'examiner de nouveaux modèles conçus pour améliorer les services de santé dentaire.

BIBLIOGRAPHIE

Agron, R.C. and Leavens, T.
1983 "Finance and legal notes : Contracting agreements", Dental Hygiene, 8: 13-14.

Alberta Social Services and Community Health
1986 A Parent's Guide to Dental Health; guide rédigé à l'intention du public.
1979 "Congratulations New Mother". Documentation remise à toutes les nouvelles mamans dans les hôpitaux en Alberta, depuis 1979.

Ambrose, E.R.
1981 Lettre du doyen de l'université de la Saskatchewan à Sharon French, 20 oct. 1981 à propos des hygiénistes dentaires, de la faculté de dentisterie et des Services correctionnels du Canada.

Amer, S.B.
1986 "The Dental Hygienists As A National Dental Health Consultant", Compte rendu du 10e Symposium international sur l'hygiène dentaire, 26-29 juin 1986, Oslo, Norvège.

American Association of Public Health Dentists
1983 "Periodontal Disease in America : A Personal and National Tragedy - A position paper", Journal of Public Health Dentistry, 43(2) Spring: 106-117.

American Dental Association (ADA)
1986 "Legislation and Litigation", Journal of the American Dental Association, 113(9): 492.
1985 "Legislation and Litigation", Journal of the American Dental Association, 110, February: 283.
1984(a) The 1983 Survey of Dental Practice : Employment of Dental Practice Personnel, American Dental Association, Bureau of Economic and Behavioural Research. Chicago.
1984(b) "Legislation and litigation : North Carolina Court of Appeals reverses lower court ruling on dental hygienists' ownership of a dental hygiene office", Journal of the American Dental Association, 109(8): 374.
1984(c) Legislation and litigation, Journal of the American Dental Association, 108, June: 1063.
1982 Editorial, "Future of dentistry document distributed", ADA News, 2, August 30.
1981(a) "80's practice management; the form and function of tomorrow's practice", Journal of the American Dental Association, 103, July.
1981(b) Washington State polls opinions on hygiene issue, American Dental Association News, Sept.
1981(c) Excerpt for the Newsletter Impact. 9(7): 1.

American Dental Hygienists' Association
1986 "Government Currents - A Courtroom Scene : The Transcript of the Colorado Unsupervised Practice Case", Dental Hygiene, 61(2): 54-55, 80-81.
1983(a) Membership Survey of Dental Hygiene Issues : Attitudes, Perceptions and Preferences, March 1983. Final Report, Chicago.
1983(b) "ADHA statement in response to the ADA Special Committee on the Future of Dentistry", Dental Hygiene 4: 20-24.
1975 "Today's dental hygienist", Dental Hygiene, Special Issue.

Bailit, H.L. and Kudrle, R.T.
1983 "The delivery of dental care", Chapter 2 in Reducing the Cost of Dental Care. ed. Kudrle, R.T. et L. Meskin, Minnesota. University of Minnesota Press.

Barnaby, G.J.
1982 Dental Superintendent, Marks and Spencer, Co., Angleterre. Communication personnelle à J. Thomas.

Bartelson, M.K.
1986 "Government Currents - Colorado Approved Independent Practice for Dental Hygienists", Dental Hygiene 60(8): 376, 383.

Bean, S., Gentry, A., Bernd, B.
1981 "Options in dental hygiene practice", Dental Hygiene. 55(5): 29-34 (1981).

Billier, I.R.
1974 "Opportunity for prevention and research : myofunctional therapy" Dental Hygiene. 48 November-December: 357.

Born, D.
1983 "Auxiliary Personnel", in Reducing the Cost of Dental Care, R.T. Kudrle et L. Meskin, Eds. Minneapolis : University of Minnesota.

Bowen, P.L.
1977 "Becoming a community oral health manager", Dental Hygiene, 51, December: 556.

Boyce, W.
1978 "Dental management of the physically and mentally handicaped", The Canadian Dental Hygienist. Vol. 12, N^{O} 1, Spring; 14-17.

Bryant, D.
1981 "Alternative : Dental hygiene at a dental school", The Canadian Dental Hygienist, Vol. 15, N^{O} 2, Summer, 43-44.

California State University, Northridge
1984 Dental hygiene independent practice prototype, CSUN Grant proposal No. F-84-322. California.

Cameron, C.A. and Olswang, S.G.
1984 "Educating dental hygienists to be sole practioners", Dental Hygiene 9: 408-411.

Association dentaire canadienne (ADC)
1986 List of CDA Accredited Dental Assisting Programs in Canadian Community Colleges & Technical Institutes, June.
1982 "Ottawa begins health structure overhaul", Editorial, Journal of the Canadian Dental Association 8: 504.
1980 "Statement to the Health Services Review Commission, March 5, 1980" Journal of the Canadian Dental Association. Supplement, 5, April.
1963 Survey of Dental Practice, 1963, Canadian Dental Association, Bureau of Economic Research. Ottawa.

Association canadienne des hygiénistes dentaires (ACHD)
1985 Communication de la secrétaire exécutive, février.
1968 Mémoire présenté au Comité spécial d'étude sur les auxiliaires dentaires. Santé et Bien-être social Canada.
1965 The 1965 Survey of Dental Hygiene in Canada : An Introduction, Report, Ottawa, Canadian Dental Hygienists' Association.

Association canadienne de santé publique
1970 Recommended Qualification Requirements and Minimum Salaries for Public Health Personnel in Canada. Sixth Revision 1970, May.

Catherman, J.L.
1983 "Role of the dental hygienist in public health periodontal programs", Journal Public Health Dentistry, 45:2, Spring 135-138.

Cheney, H.G.
1974 "The dental hygienist as a health educator in pre-natal care". Dental Hygiene. 48 May-June: 1560.

Clovis, J.
1986 "Dental Guide for Older Adults" préparé pour l'Association canadienne des hygiénistes dentaires.
1983 "Dental health consultant - A new role in community health", The Canadian Dental Hygienist, Vol. 17, No. 3, Fall, pp. 62-63.

Clovis, J. et Préchette, S.
1984 "Profile of the community health dental hygienist in Canada", The Canadian Dental Hygienist, Vol. 18, No. 3, Fall, pp. 65-69 et p. 72.

Cohen, D.W.
1981 "Dental education of the future", Journal of Dental Education. 45: 713-723.

Combs, R.
1981 "Independent hygiene practice - an issue still being weighed", Dental Economics. (11) 62-70.

Cormier, P.P. et Levy, J.I.
1981 Community Oral Health : A Systems Approach for the Dental Health Profession, New York, Prentice-Hall.

Cotton, F.R. et Ibbott, C.G.
1985 "The Dental Hygienist : An Important Member of the Periodontal Team", Journal of the Canadian Dental Association, 51(8): 563-566.

Cottrelle, G.
1981 Presentation at the Ontario Dental Hygienists' Association Seminar on Legislation, Toronto, (inédit).

Craft, N.
1982 "A critical moment for dental health education?", British Dental Journal, 153, September: 214.

Darby, M.L.
1983 "Collaborative Practice Model : The future of dental hygiene", Journal of Dental Education, 47(q) 589-593.
1981 "Viewpoint : dental hygiene and dentistry - conflict or collaboration?" Dental Hygiene. 55(8): 6.

Desclez, H.; Langlois, J. et Léger, F.
1984 Je connais mes dents et j'en prends soin, Ed. Courtage Qué. Montréal 32 pages.

Dolan, A.K. and Milgrom, P.
1980 "Why not an independent practice for dental hygienists?" Women and Health, 5(2): 31-48.

Donabedian, A.
1966 "Evaluating the quality of medical care", Millbank Memorial Fund Quarterly, 44 (Part Two), July, 166-206.

Donely, J.M.
1982 Commandant. Canadian Forces Dental Services School. Borden, Ontario, Personal Communication to P.M. Johnson, WGPDH Member.

Dreyer, R.
1984 "Interview with : four independent contractors (and how they grew)", R.D.H., 37-41, 46-48.

Drouin, H.
1981 "Dental manpower situation has 'profound' effects", Journal of the Canadian Dental Association, 8, August: 489-90.

Dungey, A.
1986 Lettre à S. Amer, le 5 décembre.

Dunning, J.M.
1983 Guest Editorial - "The Microscope and the Telescope", Journal of Public Health Dentistry 43(3) Summer: 196-197.
1976 Dental Care for Everyone : Problems and Proposals, Massachusetts. Harvard University Press.

Conseil économique du Canada
1981 Pour une réforme de la réglementation, Ottawa.

Edstrom Tussing, J.
1986 "Colorado Independent Practice Statute Upheld by Courts - President's Message", Dental Hygiene 60(11): 484-485.

Ellis, R.L.
1985 Personal communication regarding preliminary tabulations from the 1984 Survey Patterns in Delivery of Dental Care of dentists in Canada, conducted by Thompson, G.W. and R.L. Ellis, Faculty of Dentistry, University of Alberta, Edmonton.

Comité consultatif fédéral-provincial sur la santé communautaire.
1985 Communication personnelle à J. Clovis du Dr B. O'Connor.

Feller, S.J.
1982 "Consulting", The Canadian Dental Hygienist, Vol. 16, No. 2, Summer, p. 15.

Ferguson, T.
1985 "Dental clean-up", Canadian Business, Feb.: 41-44.

Forgay, M.G.E.
1985-1983 "Dental Hygiene Research News", University of Manitoba, School of Dental Hygiene, Winnipeg.

Forrest, J.L., Rigolizzo, J.A., Stackhouse, H.J.
1981 "Independent practice : a perspective for the future", Dental Hygiene. 55 (12): 17-25.

Frazier, P.J.
1978 "A new look at dental health education in community programs", Dental Hygiene, 52, April: 184.

Fréchette, S.; Larcher, L.; Saint-Pierre, L., Sinotte, D. :
1984 Le brossage des dents, un effort partagé. Guide de l'éducation sanitaire, 31 pages. Guide du parent. Diaporama, 80 images, coul., son 8 min., 40 sec. Réalisation, Judith Langlois. Direction de la santé communautaire,

Hôpital Sainte-Justine.
1982 "Contribution of the Dental Hygienist to Research." Communication présentée devant le Groupe de travail sur l'exercice de l'hygiène dentaire.

French, S.B.
1972 Public Health Dental Hygienists in Canada, Report, Department of National Health and Welfare, Ottawa, 12 octobre.
1971 Dental Hygienists Employed in Public Health Positions by Province, décembre 1968 et mars 1971, Rapport, ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, Ottawa, mars.

French, S.B., Johnson, P.M. and Bowen, D.M.
1983 "Health in Canada", Dental Hygiene 7(2) February: 12-28.

Glass, R.L.
1982 Ed., Symposium "The declining prevalence of dental caries", Journal of Dental Research, 61: 1305-1382.

Gray, A.S., Gunther, D.M. and Jordan, J.I.
1970 "Four-year effect of a dental birthday card program for three-year-old children", Journal of the Canadian Dental Association, 36: p. 192-193.

Gunther, D.M.
1982 "Consultant, Dental Health Services, Ministry of Health", The Canadian Dental Hygienist, Vol. 16, No 1, Spring, p. 23.

Hamilton, P.R.
1978 "Diary of a public health dental hygienist", Dental Hygiene, 2 November: 532.

Harvey, D.A.
1982 "Orientations de la recherche en matière de promotion de la santé", Délibérations de la Conférence sur la recherche en hygiène dentaire, Santé et Bien-être social Canada, pp. 43-45.

Health Unit Association of Alberta
1982 Report of the Task Force on Dental Public Health Standards, Edmonton, March.

Santé et Bien-être social Canada.
1986 La santé pour tous : Plan d'ensemble pour la promotion de la santé.

1984 Community Dental Hygienists Mailing List. Department of National Health and Welfare, Canada.

1983(a) Federal-Provincial Community Health Dental Hygienists, Mailing List. Department of National Health and Welfare.

1983(b) Répertoire de la main-d'oeuvre sanitaire, 1983. Ottawa. Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social. ISSN - 0381-2561.

1982 Délibérations de la conférence sur la recherche en hygiène dentaire, École d'hygiène dentaire de l'Université du Manitoba et Groupe de travail sur l'exercice de l'hygiène dentaire, Santé et Bien-être social Canada.

1981(a) Draft-5. Guidelines for Accreditation of Public Health Units. Ottawa, June: 14-15. Health Services Directorate, Department of National Health and Welfare Canada.

1981(b) La santé dentaire : Guide pédagogique, K-12. Préparé par la Direction des services de santé, ministère de la Santé nationale et du Bien-être social et vendu par le ministère des Approvisionnements et Services.

1979 La dentisterie préventive : Pratique, règles et recommandations. Rapport du Groupe de travail sur la dentisterie préventive. Ottawa.

House, R.K.; Johnson, G.C. and Edwards, F.A.
1982 Manpower Supply Study, Canadian Dental Association, Ottawa, October, 32-39.

Hunnicutt, A.W.
1979 Be Your Own Boss : A New Direction in Dental Hygiene, Copyright A.W. Hunnicutt.

Ingalls, J.A.
1973 "The dental hygienist as home consultant", Dental Hygiene: 47, January-February: 38.

Jerge, C.R. et al.,
1974 Group Practice and the Future of Dental Care. Philadelphia. Lea and Febiger.

Johnson, P.M.
1984 A Study of Public Dental Health Policy For Seniors in Ontario, A thesis submitted as a partial requirement for the Master of Science Degree, University of Toronto.

1982 Dental Hygiene Practice Settings - Moving into the 1980's, Background paper prepared for the Working Group on the Practice of Dental Hygiene, and submitted in partial fulfillment of the BSc Dent (DH) program, University of Toronto.

Kline, C. and Sipko, K.
1974 "CDHA manpower and utilization survey results", The Canadian Dental Hygienist, Summer, Vol. 8, No. 2, pp. 29 and 31.

Kolthammer, M.
1981 "Alternative : Working with the mentally retarded." The Canadian Dental Hygienist, Vol. 15, No. 2, Summer, pp. 45-46.

Kostiw, U., Stephenson, M.M., Zarkowski, P.
1982 The Dental Health Consultant in Community Based Programs. The American Dental Hygienists' Association and Block Drug Company, Jersey City, New Jersey: 16-19.

Krasse, B.
1984 "Can microbiological knowledge be applied in dental practice for the treatment and prevention of dental caries - symposium 25", Journal of the Canadian Dental Association, 50(3): 221-223.

Krol, L.A.
1981 Presentation to Canadian Dental Hygienists' Association, Annual Scientific Session. Calgary. (inédit).

1980 A Room With no Window : A Career Development Guide for the Dental Hygienist and Student. Copyright applied for L.A. Krol. Torrance, Ca.

Kuperberg, J.R., Russell, J.A., Vogt, E.M.
1981 "Symposium explores independent practice", R.D.H. American Dental Hygienists' Association, 3 : 54-58.

Kviz, F.J.
1985 "Consumer perceptions of the present and potential dental hygienist role", Dental Hygiene, Jan. 22-27.

Langlois, J. et Ashby, N.
1983 "Jouer gagnant", Diaporama 95 images, coul., son, 9 min. 2 sec. Hôpital Sainte-Justine, Montréal.

Levin, A.
1980 "Notes on a burned-out dental hygienist", Dental Hygiene, 54: 19-20 and 40-43.

Lewis, D.W.
1982 "Educational, demographic, professional, and employment characteristics of dental hygienists in Canada, 1979", The Canadian Dental Hygienist, 16: 82-88.
1981 Research Into Dental Manpower in Ontario - A Summary of Concerns and Findings, University of Toronto, Toronto, April, 18.
1977 Canadian Dental Manpower : Supply Distribution, Requirements, Research Report, University of Toronto, Toronto. October.

Lewis, D.W. and Krievans, T.
1983(a) "Dental hygiene positions in Canada, 1979 part two : Compensation and Fringe Benefits", The Canadian Dental Hygienist, 17(1): 20-24.
1983(b) "Dental hygiene positions in Canada, part three : clinical work areas and duties", The Canadian Dental Hygienist, 17(2): 44-49.
1982 "Characteristics of dental hygiene positions in Canada, 1979, Part One", The Canadian Dental Hygienist, 16: 114-118.

Marshall, P.
1969 "The dental hygienist in public health : Nova Scotia", The Canadian Dental Hygienist, Spring: 12,13.

Martin, B.J.; Stewart, J.S., Stone, M.N.
1986 "Pregnancy Gingivitis and the Dental Hygienist's Intervention", The Canadian Dental Hygienist, 19(4): 121-124.

Mason, J.
1978 Dental Auxiliary Service in Alberta Health Units. Unpublished Report of the Health Unit Association of Alberta, Edmonton.

Mayer, J.A.
1970 "The role of the dental hygienist in detecting oral cancer", Dental Hygiene, First Quarter.

McQueen
1986 Personal communication to S.B. Amer, 18 mars, 1986.
1985 Lt-Colonel Peter McQueen, Dental Services Headquarters, Department of National Defense. Ottawa. Personal communication to S.B. Amer, Advisor, Dental Health Standards, Health and Welfare Canada, February 12, 1985.

Meskin, L.H.
1979 "Focusing on the future : the dental hygienist as an office manager", Dental Hygiene, 53: 414-16.

Monteith, J.A.
1984 "Modern Age Demands Review of Supervision of Hygienists", Comment, Ontario Dentist, October: 52.

Muchmore, P.
1979 "Hygienists want more responsibility." Interview with Wilma Motley. Dental Economics Sept.: 72-73.

National Institutes of Health
1987 Challenges for the Eighties - National Institute of Dental Research Long-Range Research Plan NIH Puts No. 85-860, December, p. 53.
1984 Statement Volume 4 Number 11. Dental Sealants in the Prevention of Tooth Decay, Consensus Development Conference.

Noonan, C.
1984 "Perspectives on professional development : a career in dental manufacturing", Dental Hygiene, 10: 470-471.

O'Leary Brochu, A.N.
1984 Director, Health Care Operations, Medical and Health Care Services. Correctional Services Canada. Letter to S.B. Amer French, Adviser, Dental Health Standards, Health and Welfare Canada on legal status of the practice of dental hygienists and their employment, on contract, in correctional institutions. May 24, 1984.

Ontario Council on Community Health Accreditation
1981 The Accreditation Program for Local Official Health Agencies in the Province of Ontario, Accreditation Principles and Standards, Report, Toronto.

Ontario Dental Association
1981 The Changing Dental Profession - New Directions for Practice in the '80s and Beyond, Report, Toronto.

Ontario Dental Hygienists Association (ODHA)
1985 Resolution, Minutes of Board Meeting, May 12.
1981 Policy, Minutes of Board Meeting, November 25.

Payette, Martin et coll.
1985 Enquête santé dentaire Québec 1983-84. Rapport préliminaire, Volet provincial, Association des directeurs de département de santé communautaire, Ministère des Affaires sociales. Mars.

Pineault, R.
1984 "The Plan of Prevention in the Québec Health Care System", Canadian Journal of Public Health, Vol. 75, January/February, 1984.

Pineault, R.
1976 "Éléments et étapes d'élaboration d'un programme de santé communautaire", Union médicale du Canada : tome 105 (Août) : 1208-1214.

Pollard, L.; Bergman, W., Kasloff, Z.
1967 "Polishing effects of certain dental prophylaxis compounds on tooth enamel and restorative materials", #186, International Association for Dental Research, Abstracts.

Québec, Province de
1982 Guide de programmation. Services dentaires préventifs pour les enfants. Direction de la santé communautaire et des services aux communautés autochtones. Ministère des Affaires sociales. Juillet.

Richardson, B.A. and Atkins, R.D.
1982 "Normalization of dental care for handicapped patients in a medium-sized Canadian city : A team approach", Journal of the Canadian Dental Association, (6), 395-400.

Robert Wood Johnson Foundation
1983 Preventing Tooth Decay; Results from Four-Year National Study. Special Report Number Two, Robert Wood Johnson Foundation, Princeton, New Jersey.

Royal College of Dental Surgeons of Ontario (RCDS)
1981 Recommendation - Council Meeting. November.

Scanlan, Dale, RDH.
1979 "Nursing Bottle Caries - A Hospital Program", The Canadian Dental Hygienist, Vol. 13, No. 4, Winter, 86-87.

Schwager, M.
1981 "Hygiene independence : the dentists' reactions", R.D.H., American Dental Hygienists' Association, 3: 39-43.

Showers, P.A.
1983 "Prevention and Research Coordinator", The Canadian Dental Hygienist, Vol. 17, No. 4, Winter, pp. 91 et 109.

Stamm, J.W.
1982 "La recherche et l'hygiéniste dentaire : une condition vitale d'accès au professionnalisme", Délibérations de la conférence sur la recherche en hygiène dentaire. Santé et Bien-être social, Canada, Ottawa.

Statistique Canada
1983 Tableaux de l'enquête de 1983 sur les hygiénistes dentaires au Canada, Banque de données sur l'hygiène dentaire, Division de la santé, Ottawa.
1977 Tableaux de l'enquête de 1977 sur les hygiénistes dentaires au Canada, Banque de données sur l'hygiène dentaire, Division de la santé, Ottawa.

Stein, M.
1984 "Alternatives : Opportunities in the dental product industry", The Canadian Dental Hygienist, 18(3): 76.

Swanson, M.J., Vale, G.L., Albertson, M.D.
1977 "The dental hygienist as a community health program manager", Dental Hygiene: 51, January: 22-27.

Thompson, W.R.
1982 Director General, Dental Services. Personal Communication to P.M. Johnson, WGPDH Member.

U.S. Federal Trade Commission
1980 Commission statement upon closing the dental hygienist portion of its investigation of dental industry practices. File No. 772-3020. Released November 24th. Ten pages.

University of Manitoba Report
1983 Assessing Manpower Demand and Desired Skills for Degree Graduates in Dental Hygiene : Report.

Vause, S.
1981 "Alternatives : dental hygiene in a children's hospital", The Canadian Dental Hygienist, Vol. 15, No. 1, Spring p. 17-18.

Washington State Health Coordinating Council
1985 SHCC Health Professions Review Committee : Synopsis of Public Hearing on HB 320/SB 3394 and HB 834/SB 3419, Report, Washington D.C., March 8, 1985.

West, L.A. and Russell, K.E.
1978 "Employment opportunities for dental hygienists in public health", Dental Hygiene, 52:525-530.

Wolf, M.C.
1974 "A new role for the hygienist : school dental health consultant", Dental Hygiene, 48 March - April : 91.

Woodall, I.R. and Bentley, J.M.
1983 Legal, Ethical and Management Aspects of the Dental Care System. Second edition, C.V. Mosby Co., Toronto.

Woodall, I.R. and Bentley, M.
1981 "Independent contracting as an alternative financial arrangement", RDH, 3: 46-50.

VIII

FACTEURS IMPORTANTS

Un certain nombre de facteurs influent sur le rôle de l'hygiène dentaire dans les services de santé dispensés aux Canadiens. Les facteurs dont nous traitons dans cette partie sont au niveau démographique et au niveau de l'incidence des maladies bucco-dentaires, les questions économiques, les lois et les règlements, les relations avec les autres professions de la santé, l'intégration sociale, l'augmentation du professionnalisme, la satisfaction recherchée dans l'exercice, l'assurance de la compétence et de la qualité des soins d'hygiène dentaire et ce qui se passe dans le monde.

1. Questions de démographie

Le besoin de services d'hygiène dentaire est étroitement lié à l'évolution démographique. A partir de 1941, la population du Canada s'est accrue rapidement à cause de l'entrée de Terre-Neuve dans la Confédération et d'une augmentation des naissances et de l'immigration dans les années qui ont suivi la fin de la Seconde Guerre mondiale. Pour la période de recensement de 1951 à 1961, la croissance démographique a atteint un taux phénoménal (30,2 %). Depuis lors, on constate une baisse régulière du taux annuel d'augmentation de la population qui est passé de 2,8 % en 1956 à 1,3 % en 1976. A cause de la baisse des taux de fécondité, on prévoit d'autres diminutions du taux de croissance de la population qui de 1,4 % en 1981 passerait à 0,5 % en l'an 2026 (Statistique Canada, 1981a).

Au Canada, comme dans bon nombre de pays industrialisés, le changement le plus évident est le vieillissement de la population. En 1976, les personnes âgées de plus de 65 ans représentant 8,7 % de la population; en 1981, ce chiffre avait augmenté à 9,4 %; en l'an 2001, de 11 à 12 % des citoyens devraient faire partie de ce groupe d'âge et le pourcentage prévu pour l'an 2026 est de 16 %. (Statistique Canada, 1981a).

Les taux de natalité élevés, dans les années qui ont suivi la Seconde Guerre mondiale, ont trouvé échos dans les programmes de dentisterie en santé publique, l'accent étant mis sur la santé dentaire de la mère et de l'enfant ainsi que sur des mesures de prévention primaire des caries dentaires par le biais de la fluoration des approvisionnements en eau des collectivités. Le vieillissement de la population provoque déjà un déplacement des objectifs des programmes de santé communautaire puisqu'on prête davantage attention aux besoins des personnes âgées en matière de santé dentaire. Cette tendance devrait persister pendant plusieurs décennies.

La demande de soins dentaires est depuis longtemps liée à certains facteurs comme le mode de vie et le niveau d'instruction. Au Canada, le niveau général d'instruction est en hausse (Statistique Canada, 1984). A l'avenir, les personnes âgées vont être proportionnellement plus nombreuses, mais aussi plus instruites que les vieillards de notre époque. Cela devrait entraîner une augmentation de la demande de services dentaires de la part des gens du troisième âge qui, à l'heure actuelle, ont moins recours aux services des dentistes que la population en général. En 1978-1979, 77,3 % des Canadiens âgés de 65 ans et plus n'allaient pas chez le dentiste; le taux correspondant pour l'ensemble de la population était de 50 % (Statistique Canada, 1981b). Certains aspects de l'organisation actuelle, notamment le coût des soins dentaires et l'accès aux services empêchent les personnes âgées de recevoir l'attention dont elles auraient besoin (Province de Manitoba, 1984).

Un certain nombre des besoins des personnes âgées en matière de santé dentaire relèvent de l'hygiène dentaire (Mitchell et Forgay, 1987; Marinelli, 1983; Razzoog et coll., 1983; Heine et coll. (2), 1983). Cela comprend le traitement et la prévention des maladies parodontaires, la prévention de la carie des surfaces des racines et l'entretien des prothèses. Il faut poursuivre les recherches pour découvrir comment prévenir certains de ces problèmes comme les caries de la racine et intervenir promptement.

Les programmes de formation des dentistes et des hygiénistes dentaires ne tiennent compte que depuis peu de temps de cette augmentation prévisible du nombre des personnes âgées qui vont avoir besoin de services dentaires. Pour ce faire, on a modifié le contenu didactique et clinique des programmes d'enseignement à ce sujet. La plupart des programmes d'étude en hygiène dentaire ont encore besoin d'être améliorés sous ce rapport. Dans la plupart des programmes d'enseignement, la gérontologie est une matière nouvelle qui représente à la fois l'occasion et la nécessité de coordonner l'enseignement donné aux étudiants en médecine dentaire, en hygiène dentaire et dans les autres sciences de la santé (ACFD, 1983; Rakowski et coll., 1984; Carlin et coll., 1984). Il faudrait en outre instaurer des programmes de formation continue dans ce domaine.

2. Modification de l'incidence de la maladie bucco-dentaire

Il est largement démontré que l'incidence de la maladie bucco-dentaire est en train de changer. On constate partout, dans les pays industrialisés, une baisse du taux de carie dentaire (Jenkins, 1984). Les données recueillies dans neuf pays indiquent une réduction de plus de 50 % de la carie dentaire chez certains groupes d'écoliers (Glass, 1982). Les données pour le Canada sont peu nombreuses, particulièrement au niveau national, mais on peut constater une réduction significative des taux de carie dentaire dans notre pays (ADC, 1980; Province de l'Ontario, 1983). Les données américaines au sujet de l'abaissement des taux de carie dentaire (U.S. Health and Human Services, 1979-1980) sont plus nombreuses et pourraient probablement s'appliquer à la population du sud du Canada. Certaines données indiquent que les taux de carie demeurent élevés chez les Inuit et les Amérindiens du Canada (Université du Manitoba, 1984). Sous ce rapport, les taux de carie dans le nord du pays peuvent correspondre davantage aux taux relevés dans les pays en voie de développement qu'aux taux des nations industrialisées.

Contrairement à la carie dentaire, la maladie parodontaire continue à avoir une prévalence élevée et ubiquiste et devient rapidement la nouvelle priorité dans les secteurs privés et publics (ADA, 1982; AAPHD, 1983; Burt, 1982; Cowley, 1981; Rozier et coll., 1983; Wei, 1982). Le Sub-committee on Preventive Periodontics de l'American Association of Public Health Dentists a préparé un document de travail contenant un résumé des publications sur la maladie parodontaire et un exposé sur les dispensateurs actuels et potentiels de soins thérapeutiques et préventifs en matière de maladie parodontaire, les stratégies pour un programme national et des recommandations à l'effet d'établir un groupe de travail spécial pour étudier la possibilité de créer un programme national sur la maladie parodontaire semblable à celui qui existe à propos de la carie dentaire (AAPHD, 1983).

L'indice parodontaire moyen des personnes examinées lors d'enquêtes nationales menées aux États-Unis entre 1960 et 1962 et entre 1972 et 1974 n'a pas changé. Un examen plus attentif des données révèle que le nombre des sujets ne présentant aucun signe de maladie parodontaire a augmenté tandis que le nombre des personnes souffrant de gingivite diminuait. On constatait cependant, chez les adultes plus âgés, une légère augmentation de signes plus graves de maladie parodontaire. Il se peut que cette tendance se maintienne parce que les personnes édentées sont plus rares tandis que l'ensemble de la population vieillit (Mitchell et Forgay, 1987; Douglass et coll., 1983).

A cause des changements dans l'épidémiologie des maladies bucco-dentaires, il semblerait que les hygiénistes dentaires soient appelées à jouer un plus grand rôle non seulement dans la prestation de services cliniques et éducatifs, mais aussi en ce qui touche à la promotion de la santé dentaire à l'échelle nationale aussi bien qu'au sein des collectivités et à l'adoption de mesures de prévention passives comme la fluoration des approvisionnements d'eau potable. Les publications sur la santé dentaire appuient largement cette idée comme en témoignent les extraits suivants :

"De nos jours, les hygiénistes dentaires sont en mesure de prêcher la prévention et de faire du dépistage auprès de groupes comme les enfants des écoles et les vieillards dans les maisons de repos. Il faudrait le leur permettre," (Dunning, 1982).

"... il est logique de considérer l'hygiéniste dentaire comme une thérapeute faisant de la prévention primaire en parodontologie," (AAPHD, 1983).

"Les hygiénistes dentaires peuvent jouer un rôle actif dans la prévention, la détection et le traitement de la maladie parodontaire... Un plus grand nombre de cothérapeutes bien formés en parodontologie peut aider les dentistes dans le secteur public et dans le secteur privé à répondre aux immenses besoins de traitements des lésions parodontaires tandis que nous nous engageons dans cette direction au cours des années 1980, "(Catherman, 1983).

Les traitements de parodontologie et d'endodontie et d'autres méthodes applicables aux dents naturelles seront plus en demande que jamais... En enseignant aux adultes de demain à consulter un dentiste pour obtenir ce genre de service, les auxiliaires semi-indépendantes peuvent faire (et l'ont fait ailleurs) un travail efficace," (Dunning, 1982).

3. Questions d'économie

Dépenses au titre des services de santé dentaire au Canada

D'après le ministère de la Santé et du Bien-être social, au Canada, en 1960, le coût des services dentaires a représenté 5,1% des dépenses faites par les particuliers et par l'État, pour des services de santé et en 1979, 5,8 % de ce genre de dépenses. Durant cette période, la plus grande part des frais encourus pour obtenir des soins dentaires était assumée par les individus. Les dépenses à ce chapitre ont augmenté de 12$ par personne en 1970 à 26$ en 1975, ce qui représente une augmentation de 110 % (Santé et Bien-être social Canada, 1984).

Une étude (Smith, 1982) de frais encourus par des familles urbaines pour des soins directs a révélé que les versements d'honoraires aux dentistes avaient triplé entre 1964 et 1978. Le pourcentage des dépenses d'une famille à ce chapitre est passé de 16,3 % à 30,3 %. Les frais de dentiste augmentent avec le revenu de la famille et s'établissent entre 31,50 $ pour une famille ayant un revenu de 6 000 $ ou moins à 233,50 $ pour les familles dont le revenu atteint au moins 35 000 $. Ces chiffres ne valent pas pour les familles vivant en milieu rural parce qu'en général, les gens des villes ont plus facilement accès aux services des dentistes que les gens de la campagne (Santé et Bien-être social Canada, 1977; Stamm et coll., 1980). Mais les études de la demande de services dentaires et du revenu montrent une relation entre les deux. Le niveau d'instruction peut aussi être en corrélation avec la demande de soins dentaires. En règle générale, les gens les moins instruits sont ceux qui consultent le moins les dentistes, même lorsque les soins sont gratuits. En augmentant les services de santé dentaire ou d'autres personnes qui ne sont pas dentistes, il serait possible de réduire les coûts et de permettre à une clientèle qui ne veut pas ou ne peut pas se payer des services plus complets d'avoir accès à bon nombre de services de qualité pour un coût plus modeste (Sheffman et Appelbaum, 1982).

L'assurance dentaire

La plupart des gens ont, à un moment quelconque, des problèmes de santé dentaire qui peuvent être traités. En conséquence, l'assurance dentaire diffère des autres types d'assurance comme l'assurance-hospitalisation ou l'assurance-vie qui son basées sur la survenue, à un taux donné pour une population connue, d'événements imprévisibles sur une base individuelle. En fait, l'assurance dentaire est un régime forfaitaire dont les primes sont basées sur des prévisions actuarielles de l'utilisation que les groupes assurés devraient faire des services dentaires (Bailit et coll., 1979). Au Canada, en 1981, 36 % des gens avaient une forme quelconque d'assurance dentaire (Stamm et coll., 1986). Dans le cas des services dentaires, lorsque les déboursés au point de service sont réduits du fait de la participation à un régime

d'assurance, le nombre des gens qui vont chez le dentiste augmente légèrement. Quoiqu'il en soit, l'assurance dentaire influe surtout sur le volume et le type de services reçu par ceux qui allaient déjà régulièrement chez le dentiste. D'après Bailit et ses collaborateurs (1979), les assurés réclament davantage de services plus coûteux comme des couronnes et des ponts. Les taux d'utilisation demeurent proportionnels au revenu familial et au niveau d'instruction.

Un régime d'assurance dentaire peut couvrir différents types de traitements. Certains auront des conséquences manifestes sur le niveau de santé et s'appliquent à la majorité des assurés (par exemple les applications topiques de fluorure). D'autres genres de traitement sont plus coûteux et seul un petit nombre de personnes en ont besoin (par exemple, des traitements complexes de dentisterie restauratrice).

Pour limiter les coûts d'un programme d'assurance dentaire privé (et éviter d'augmenter les primes afin de conserver une bonne position sur le marché), les sociétés d'assurance peuvent soit enlever les traitements les plus coûteux de la protection et utiliser les fonds ainsi épargnés pour réduire les coûts généraux du programme ou augmenter l'utilisation des services de dentisterie préventive dont l'efficacité est prouvée (Bailit et coll., 1979). Cette dernière possibilité peut avoir une incidence considérable en hygiène dentaire. En ayant davantage recours aux hygiénistes dentaires pour dispenser des soins préventifs, il est possible de réduire les coûts de deux façons: on peut d'abord réduire l'incidence de la maladie dentaire et, d'autre part, obtenir ce résultat en dépensant beaucoup moins que lorsqu'on a recours aux dentistes. La rémunération forfaitaire par personne ("capitation") est une troisième façon de réduire le coût des services dentaires assurés (Bailit et coll., 1979). Dans un système de ce genre, le dentiste travaillant à contrat est rémunéré à un taux fixe par personne pour la dispensation de certains services dentaires prédéterminés à une clientèle admissible lorsqu'elle en a besoin. En théorie, ce système devrait favoriser la dispensation de soins préventifs et de services de dentisterie restauratrice moins coûteux (Bailit et coll., 1979). Ce genre de système de rémunération devrait porter non seulement à offrir des services préventifs et, de la sorte, à réduire l'incidence de la maladie dentaire, mais aussi à recourir, dans la mesure du possible, à un personnel autre que les dentistes. Par conséquent, toute augmentation des programmes d'assurance dentaire couvrant une rémunération forfaitaire offre la possibilité d'augmenter les débouchés pour les hygiénistes dentaires.

Les régimes publics de soins dentaires

Le gouvernement fédéral fournit des soins dentaires gratuits à certains groupes de Canadiens, notamment les membres des Forces armées canadiennes, les détenus dans les pénitenciers fédéraux, les membres de la Gendarmerie royale du Canada, certains anciens combattants, les Amérindiens et les Inuit. Il fournit en outre aux provinces un financement, dans le cadre des programmes d'assurance médicale, pour certaines interventions de chirurgie dentaire pratiquées dans les hôpitaux et, par l'intermédiaire du régime d'assistance publique du Canada, il les aide à financer des programmes de soins dentaires pour les assistés sociaux. En 1982-1983, les dépenses du gouvernement fédéral au chapitre des soins dentaires ont été d'environ 60 millions de dollars (Stamm et coll., 1986).

Les provinces ont mis sur pied des programmes publics de soins dentaires pour certains groupes cibles, comme les assistés sociaux, les enfants jusqu'à un certain âge, les enfants handicapés physiques et mentaux, les enfants qui ont un bec de lièvre ou une fissure palatine. L'Alberta et le Yukon offrent des services dentaires de base aux adultes de plus de 65 ans dans le cadre du régime élargi de prestations sanitaires. La majorité des programmes subventionnés par les provinces fonctionnent suivant le système du tiers payant, les services étant dispensés par des cabinets dentaires privés. Les systèmes de dispensation directe appliqués par un personnel salarié sont moins répandus, mais ils existent dans certaines cliniques dentaires municipales et certaines régions (dans le cas des services de prévention). A l'Ile-du-Prince-Édouard, en Saskatchewan et, dans une certaine mesure, au Manitoba, des services sont dispensés aux

enfants dans des cliniques ouvertes dans les écoles (Stamm et coll., 1985). Evans et Williamson (1978) signalent qu'une bonne part des services habituellement rendus par les dentistes peuvent être dispensés par un personnel dentaire autre que les dentistes, mais qu'on n'est pas porté à avoir recours à ce dernier lorsque les programmes publics de soins dentaires versent des honoraires à des dentistes qui travaillent en cabinet privé. D'après ces auteurs, la meilleure façon de retirer un bénéfice maximum de programmes publics de santé dentaire serait d'offrir ces services à des groupes cibles et de chercher simultanément à modifier le mode de dispensation des soins dentaires, ce qui équivaudrait à agir au niveau de l'offre de soins dentaires tout en augmentant la demande. En intervenant au niveau de ceux qui dispensent les soins, on peut grandement influencer les coûts dans un programme public de soins dentaires.

Les taux de participation aux programmes publics sont généralement plus élevés, ce qui indique que la demande de services de santé dentaire n'est pas uniquement déterminée par le remboursement de frais. Par exemple, en mai 1974, la province de Québec a mis sur pied un programme de soins dentaires pour les enfants, qui permettait à ceux qui n'avaient pas dépassé un certain âge de recevoir gratuitement bon nombre de services dentaires. D'après une étude menée en 1977, les taux de participation variaient entre 61 % pour les enfants de cinq ans et 67,6 % pour les enfants de sept ans. Mais on a constaté des différences significatives entre les classes sociales. Les enfants de familles pauvres profitaient moins du programme que ceux des familles plus à l'aise (Pronovost et Melanson-Ouellet, 1981). L'introduction du régime de soins dentaires gratuits a augmenté, dans l'ensemble, le recours aux services dentaires pour les enfants sans toutefois faire disparaître les écarts dans les taux d'utilisation d'une classe sociale à l'autre. Par contraste, en Saskatchewan, en 1977 (soit trois ans après l'introduction du programme de soins dentaires pour les enfants), le taux de participation pour les enfants d'âges comparables était de 83,4 % (Millions, 1984). La différence entre les taux d'utilisation au Québec et en Saskatchewan est attribuable, au moins en partie, au fait qu'en Saskatchewan, les services dentaires ont été dispensés dans des cliniques installées dans les écoles alors qu'au Québec, en 1977, tous les services assurés étaient dispensés dans des cabinets dentaires privés. En plus d'être moins commodes pour l'enfant et pour le parent, les traitements en dehors de l'école entraînent des frais indirects car, parfois, un parent doit s'absenter de son travail pendant plusieurs heures pour accompagner son enfant ou doit payer une gardienne pour les autres enfants en plus de frais de transport.

Impact économique de la réglementation du personnel de santé dentaire autre que les dentistes

De nombreuses études prouvent que le coût des services dentaires peut être réduit lorsque ceux-ci ne sont pas dispensés par des dentistes (Lobene, 1979; Hankin, 1977; Tan, 1977). Au départ, ce qui a permis à la profession d'hygiéniste dentaire de s'implanter, c'est, en partie, le fait que les hygiénistes dentaires pouvaient dispenser des services de qualité égale à ceux que prodiguent les dentistes mais à un moindre coût. Des études ont montré que les dentistes retiraient des avantages économiques du fait d'employer des hygiénistes dentaires. On a fait moins d'études sur les conséquences, sur le plan économique, de la réglementation du personnel dentaire excluant les dentistes (ADA, 1976; Scarrot, 1973; Mullins et coll., 1979). La nécessité d'un organisme qui dispense des permis d'exercer vient du fait qu'il faut réglementer la profession étant donné que la plupart des consommateurs sont incapables de juger correctement de la qualité de la majorité des services dentaires et de leurs coûts (Litttleton, 1982). La réglementation de la profession devrait garantir aux consommateurs la possibilité d'obtenir des services de qualité uniforme dans une région donnée. Par ailleurs, la réglementation peut enfermer les dispensateurs de soins dans un marché fermé et limiter leur mobilité, ce qui hausse les coûts de service. D'après Born (1983) il serait possible de limiter les coûts des services dentaires en ayant davantage recours à un personnel dentaire autre que les dentistes et en modifiant largement les modes de dispensation des soins dentaires. Lipscomb (1982) fait remarquer que peu d'études valables ont porté sur les effets sur les coûts de

la réglementation du personnel dentaire à l'exclusion des dentistes. On s'est plutôt intéressé à l'influence de ce personnel sur la dispensation des services.

Les politiques visant à augmenter l'accès du public aux soins dispensés par des hygiénistes dentaires en modifiant la réglementation peuvent aider d'une certaine manière à juguler les coûts. Mais pour y parvenir, il faut remplacer un personnel coûteux (les dentistes) par un personnel moins coûteux (les hygiénistes dentaires). Il est difficile de déterminer comment la réglementation actuelle du personnel dentaire excluant les dentistes influe sur les coûts. La question est complexe et il faudrait faire une étude bien structurée en utilisant des modèles de dispensation des soins dentaires et en appliquant différents règlements restrictifs à l'égard des hygiénistes dentaires et d'autres personnels auxiliaires. A l'heure actuelle, cette approche innovatrice ne semble pas très en faveur (Born, 1983).

Sheffman et Appelbaum (1982) pensent que la réglementation actuelle de la profession n'améliore pas nécessairement la qualité des services offerts. Ils se permettent de dire que l'établissement de certaines contraintes, par exemple l'émission de permis d'exercer et l'exclusivité des activités, peut diminuer la qualité des services et augmenter les coûts. Ils fondent leurs conclusions sur des études dans lesquelles on compare la dispensation de certains services par des dentistes et par d'autres personnes, notamment les restaurations à l'amalgame ou à la résine et l'installation de couronnes en acier inoxydable. D'après ces études, la qualité des services dispensés par des personnes qui ne sont pas des dentistes est égale ou supérieure à celle des services offerts par ceux-ci. Ces auteurs concluent que:

> "Les contraintes imposées dans le cas de dentistes augmentent leur coût d'opportunité et, par conséquent, réduisent leur apport par unité de temps, ce qui, à son tour, abaisse la qualité de leurs services. Il se peut que les dentistes soient plus compétents, mais si l'on considère leurs coûts d'opportunité, il semble qu'ils ne peuvent se permettre de dispenser des services de qualité supérieure" (Sheffman et Appelbaum, 1982).

Ces auteurs concluent en outre que la dispensation de certains services de santé dentaire par des non-dentistes, sous surveillance ou sans surveillance, augmenterait l'accès à certains soins dentaires courants tout en réduisant les coûts.

L'émergence des hygiénistes dentaires fonctionnant indépendamment est directement reliée aux politiques gouvernementales. Les politiques actuelles n'appuient pas l'exercice indépendant de l'hygiène dentaire. Néanmoins, certains pensent que l'introduction de ce genre de professionnel de la santé dentaire sur le marché du travail augmenterait l'accès aux services de santé dentaire, puisque des groupes qui, actuellement, ne visitent pas régulièrement le dentiste pourraient s'adresser à eux. Cela pourrait, par ailleurs, augmenter la clientèle des dentistes par suite de l'augmentation du dépistage étant donné que ces nouveaux professionnels ne dispenseraient pas de services spécialisés qui sont réservés aux seuls dentistes (Evans et Williamson, 1978). Lorsque des hygiénistes dentaires travaillent pour des dentistes, de l'avis de Lipscomb (1982), si le marché des services dentaires était purement compétitif, la déréglementation pourrait faire baisser les coûts. Mais si le marché fonctionne comme un cartel sans compétition, ce sont les dentistes qui décident de l'augmentation ou de la diminution des coûts. Ils pourraient couper les prix ou, au contraire, garder pour eux le profit réalisé en faisant dispenser des services par un personnel auxiliaire.

4. La politique gouvernementale et la législation

On peut considérer la législation comme un reflet de la politique gouvernementale. Les lois en vigueur ont évidemment beaucoup d'influence sur l'exercice de l'hygiène dentaire puisqu'elles en établissent le champ et déterminent qui peut exercer la profession et dans quelles conditions. On s'est parfois plaint des différences entre les lois et les règlements en vigueur dans les dix provinces et les deux territoires. Cependant, le

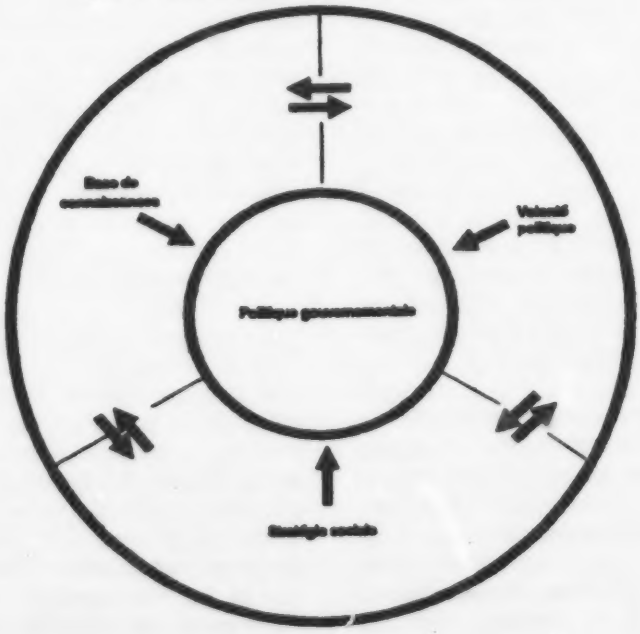
système de réglementation des provinces et des territoires permet d'introduire des variations et des innovations, ce qui serait probablement impossible s'il fallait un consensus national. Mentionnons par exemple les fonctions que les hygiénistes dentaires peuvent remplir en dentisterie restauratrice, en orthodontie, en parodontologie et en anesthésie locale dans certaines provinces, fonctions qui leur sont interdites ailleurs.

Comme il a été dit au chapitre V, au Canada, la réglementation des hygiénistes dentaires a un caractère plus restrictif que la réglementation d'autres professionnels de la santé comme les physiothérapeutes et les thérapeutes dentaires; d'ordinaire, les professionnels de la santé qui ont un permis d'exercer ne sont pas obligés de travailler sous une surveillance aussi stricte que celle qui est imposée aux hygiénistes dentaires. Ces restrictions empêchent souvent les hygiénistes dentaires de travailler dans certains milieux comme les centres de soins de longue durée et les hôpitaux où elles pourraient rendre de précieux services.

Dans les programmes publics de santé dentaire, un personnel dentaire ne comprenant pas de dentistes travaille sans surveillance immédiate. Les politiques gouvernementales qui devaient entraîner une modification des dispositions traditionnelles (pratique privée, honoraires) pour la dispensation des soins dentaires ont généralement été mal accueillies par les dentistes (Thompson, 1973).

On s'inquiète particulièrement de ce que les personnes qui vivent dans des établissements de garde comme les centres de soins de longue durée et les hôpitaux aient difficilement accès aux services des hygiénistes dentaires à cause des exigences actuelles en matière de surveillance. On considère que celles-ci sont démodées et excessives et qu'elles nuisent à la dispensation de soins nécessaires (Monteith, 1984). Ce sont également ces exigences qui empêchent les hygiénistes dentaires d'offrrir leurs services dans des régions mal desservies par les dentistes.

Figure 8.1 Élaboration d'une politique gouvernementale



Richmond et Kotelchuk (1983) ont présenté un modèle qui illustre les relations entre diverses influences agissant sur les politiques gouvernementales (voir la figure 8.1). Dans le cas de la santé dentaire, la "base de connaissances" utilisée dans ce modèle comprend des résultats de recherche et l'analyse de situations réelles; ce qu'on appelle "stratégie sociale", c'est un (ou des) plan(s) d'action; la "volonté politique" traduit la volonté des décisionnaires (qui est influencée par les consommateurs, les professionnels de la santé dentaire et d'autres intéressés) d'agir au sujet d'un problème; la "politique gouvernementale", ce sont les mesures qui en résultent. On peut utiliser ce modèle pour examiner diverses questions en santé dentaire. En 1980, aux États-Unis, l'Institute of Medicine a étudié les diverses politiques gouvernementales qui pourraient être choisies pour améliorer la santé dentaire et un résumé a été publié (Rice et coll., 1981). En considérant les avantages au point de vue de la santé dentaire comme principal critère pour l'évaluation de divers plans d'action, les auteurs du rapport ont accordé la priorité à un programme de services préventifs qui serait dispensé aux enfants dans les écoles par des hygiénistes dentaires et des assistantes dentaires. La mise en oeuvre d'un tel programme devait avoir un effet marqué sur l'hygiène dentaire aux États-Unis.

De même, la nouvelle loi sur la santé publique présentée en juillet 1984 par le ministre de la Santé de l'Ontario et dans laquelle la dentisterie préventive compte au nombre de sept services normalisés (CDA, 1982), peut influencer les règlements institués dans cette province au sujet de la surveillance des hygiénistes dentaires et de leurs responsabilités parce que bon nombre des services de prévention en santé dentaire peuvent être dispensés par des hygiénistes dentaires. Les futures stratégies gouvernementales à propos des services dentaires pour les personnes âgées auront peut-être le même genre d'influence. Lorsque le gouvernement s'engage à fournir des services de santé à forte intensité de main-d'oeuvre, comme les services de santé dentaire, il peut, pour des raisons d'économie, chercher davantage à les confier à des personnes qui possèdent le minimum de compétence requis pour dispenser des soins de qualité.

Les décisions stratégiques ou les recommandations générales (par comparaison avec les politiques spécifiques en matière de santé dentaire) auront aussi des applications dans le domaine de la santé dentaire. Plusieurs déclarations faites dans une publication du Conseil économique du Canada (1981) intitulée Pour une réforme de la réglementation, s'appliquent à la relation entre la dentisterie et l'hygiène dentaire. Ainsi :

> "Aucun statut ni aucune réglementation ne devrait conférer aux membres d'une profession réglementée le pouvoir de réglementer une autre profession."

et :

> "Nous recommandons que chaque gouvernement fédéral et provincial examine de façon systématique et minutieuse l'ensemble des lois actuelles ou proposées en matière de réglementation professionnelle afin de veiller à ce que soit toujours retenue la forme la moins restrictive permettant d'assurer la protection de l'intérêt général."

Les consommateurs canadiens peuvent exercer une influence au niveau de la volonté politique et de la stratégie sociale dans le modèle de politique gouvernementale. Le public a souvent l'impression que le coût des soins dentaires est trop élevé (ADA, 1983), que les systèmes actuels de dispensation des soins ne répondent qu'aux besoins des riches et que les services publics sont trop peu nombreux (Davies, 1980). Les Canadiens sont mieux renseignés depuis dix ans et cela peut augmenter la demande de services dentaires. Lorsque des services peuvent être dispensés aussi bien par une hygiéniste dentaire que par un dentiste, les consommateurs peuvent, dans certains cas, choisir de s'adresser à l'hygiéniste dentaire (Darby, 1981; Angevine, 1973; ADHA, 1983). Mais, d'après Gilmore et ses collaborateurs (1976), le consommateur s'intéresse davantage aux soins qu'on lui prodigue qu'à celui

ou celle qui les dispense. Les associations de consommateurs réclament un meilleur accès aux soins dentaires et aux services de dentisterie préventive (Rubino, 1983). Sous ce rapport, leurs intérêts coincident avec ceux de l'hygiène dentaire. Il est rare que les questions de santé dentaire soient défendues avec force par les consommateurs, mais ils peuvent avoir de l'influence. On croit que c'est principalement la forte réaction positive du public qui a empêché le Manitoba d'effectuer des coupures radicales dans son programme de santé dentaire pour les enfants ou de l'éliminer complètement ou encore de modifier totalement le mode de dispensation des soins après les élections de 1979 (Plett, 1987). Les organismes représentant les dispensateurs de soins de santé dentaire tiennent de plus en plus compte des préoccupations des consommateurs (ADA, 1981; ADA, 1983; ADHA, 1983).

5. Les relations avec d'autres membres du personnel dentaire

Les dentistes

Les relations avec la médecine dentaire sont d'une extrême importance pour l'hygiène dentaire. Elles ont généralement rapport à la réglementation, à l'emploi et aux associations professionnelles.

La réglementation

Dans la plupart des provinces, c'est encore l'Ordre des dentistes qui réglemente l'hygiène dentaire. A l'heure actuelle, seules les hygiénistes dentaires du Québec jouissent de l'auto-réglementation. En mars 1987, les hygiénistes dentaires de l'Ontario se sont vu accorder le droit à l'auto-réglementation. Dans les autres provinces, la représentation des hygiénistes dentaires au sein des organismes qui les réglementent est nulle ou minime. Les hygiénistes dentaires de l'Alberta et du Manitoba tentent de trouver une solution de rechange. Aucune des provinces où les hygiénistes dentaires reçoivent leur permis d'exercer d'un conseil de l'Ordre des dentistes ne leur accorde une représentation proportionnelle au sein de l'organisme qui les réglemente (voir le chapitre V).

L'emploi

La très grande majorité des hygiénistes dentaires canadiennes travaillent dans des cabinets dentaires privés. En fait, la proportion des hygiénistes dentaires employées par des dentistes travaillant seuls ou par des groupes de dentistes a augmenté; elle est passée de 61 % en 1965 à 82,4 % en 1981 (Chapitre VII). Dans la plupart des cabinets dentaires, les hygiénistes dentaires sont seules à exercer leur profession. A cause de la multiplication récente des programmes d'hygiène dentaire, bien souvent l'hygiéniste dentaire et le dentiste qui l'emploie n'auront aucune expérience des relations entre employeur et employé. La situation est encore empirée par le fait que les dentistes n'ont jamais eu l'occasion d'étudier les techniques de gestion du personnel et n'ont jamais travaillé avec des hygiénistes dentaires. Le transfert des programmes d'enseignement de l'hygiène dentaire dans les collèges communautaires complique encore ce problème. Ces derniers temps, les associations d'hygiénistes dentaires ont exprimé avec plus de force leur inquiétude au sujet des relations entre employeur et employé et plusieurs programmes d'éducation continue ont été organisés pour renseigner les hygiénistes dentaires sur les lois du travail et les droits de la personne qui les touchent dans leur milieu de travail.

Le comité spécial sur l'hygiène dentaire de l'American Dental Association (ADA, 1982) a relevé plusieurs pratiques injustes et malsaines de même que des problèmes de relations interpersonnelles qui ont beaucoup d'importance aux États-Unis. Aucune étude du genre n'a été faite au Canada, mais on sait que certaines mesures on été prises pour prévenir ou atténuer les problèmes liés à l'emploi. Par exemple, en Colombie-Britannique, le Collège de chirurgiens dentistes a établi un comité dit Auxiliary Benefits Committee et a fait parvenir à ses membres un rapport sur les dispositions de la loi en ce qui concerne les vacances, les assurances et les fonds de pension (Kline, 1982). Le

rapport contient également des recommandations au sujet des salaires et des avantages que l'employeur n'est pas tenu d'offrir. L'Association canadienne des hygiénistes dentaires a préparé un rapport similaire, de même que certaines associations provinciales d'hygiénistes dentaires.

Les associations professionnelles

Bien qu'elle n'intervienne pas directement dans l'octroi de permis d'exercice aux hygiénistes dentaires, l'Association dentaire canadienne a beaucoup d'influence dans certains secteurs de l'éducation en hygiène dentaire et de l'exercice de la profession. C'est elle qui accrédite officiellement les programmes canadiens d'enseignement de l'hygiène dentaire par le biais de son Conseil de l'éducation et de l'agrément. De plus, le conseil sur les soins de santé est l'organisme de l'ADC qui propose à son Conseil des gouverneurs les politiques concernant le personnel dentaire autre que les dentistes. Comme la plupart des organisations constituantes de l'ADC ont tendance à obéir à ces consignes, le Conseil sur les soins de santé a aussi beaucoup d'influence en matière d'hygiène dentaire. Des représentants de l'Association canadienne des hygiénistes dentaires ont droit de vote au sein de ces deux conseils tout comme les représentantes de l'Association canadienne des assistantes dentaires. La suggestion à l'effet que l'Association dentaire canadienne et l'Association canadienne des hygiénistes dentaires devraient chacune avoir des représentantes qui siègent au sein des comités des deux organismes qui s'occupent de questions d'intérêts mutuels méritent d'être prises en considération. L'établissement d'un organisme consultatif distinct, constitué à parts égales de représentants des organismes professionnels nationaux de dentistes, d'hygiénistes dentaires, d'assistantes dentaires et de thérapeutes dentaires ainsi que d'autres professions de la santé serait encore plus souhaitable. Un tel organisme offrirait une tribune pour discuter de questions d'intérêt commun et serait avantageux en ce qu'il ne serait pas directement régi par un des groupes professionnels.

On peut citer plusieurs exemples de collaboration entre les associations nationales et provinciales de dentistes et d'hygiénistes dentaires. Les directeurs exécutifs de l'Association canadienne des hygiénistes dentaires et de l'Association dentaire canadienne entretiennent des rapports cordiaux. Les réunions annuelles des deux associations ont lieu au même moment et dans la même ville et leurs membres partagent une bonne part du travail d'organisation et des activités sociales. Au niveau provincial, des hygiénistes dentaires font fréquemment partie de comités d'associations dentaires. Leur statut au sein de ces comités varie, c'est-à-dire qu'elles n'ont pas toujours le droit de vote. Au moins un comité, le British Columbia Auxiliary Education Committee, était présidé par une hygiéniste dentaire. Bien souvent, les associations provinciales de dentistes et d'hygiénistes dentaires organisent conjointement des congrès annuels. D'ordinaire, les projets de promotion de la santé dentaire, comme le mois de la santé dentaire, sont réalisés en collaboration. Dans certaines provinces, les associations respectives collaborent à l'organisation et à la réalisation des programmes d'éducation continue pour les dentistes et les hygiénistes dentaires.

Nous ne prétendons pas avoir examiné tous les genres de relations. On peut trouver d'autres cas où, par exemple, des dentistes et des hygiénistes dentaires font partie de comités consultatifs sur les programmes d'enseignement collégial pour les assistantes dentaires et les hygiénistes dentaires. En outre, dans bien des postes, en santé communautaire par exemple, la relation entre l'hygiéniste dentaire et le dentiste n'est pas une relation entre employeur et employé. Dans les situations où les contraintes de la relation employeur-employé ou agent de réglementation-personne soumise à la réglementation n'interviennent pas, on peut souvent constater une appréciation plus nette de la possibilité d'une relation collégiale entre dentistes et hygiénistes dentaires. Darby (1983) décrit comment cette relation plus collégiale peut s'appliquer à la dispensation de services de santé dentaire dans un cabinet dentaire privé. D'après elle, la collaboration dans la dispensation des soins est fondée sur la coordination du travail des dentistes et de celui des hygiénistes dentaires pour garantir aux patients des soins de qualité. Les hygiénistes dentaires sont considérées comme compétentes dans leur domaine et responsables de soins d'hygiène

dentaire prodigués aux patients alors que le dentiste continue d'assumer la responsabilité de l'ensemble du traitement. Ce modèle de fonctionnement reconnaît que l'hygiéniste dentaire est la seule professionnelle de la santé dentaire qui ait été principalement formée pour dispenser des soins préventifs au public.

Relations futures entre la médecine dentaire et l'hygiène dentaire

Malgré certaines tensions compréhensibles entre les dentistes et les hygiénistes dentaires, tensions causées, en partie du moins, par les aspirations professionnelles des hygiénistes dentaires, le rôle de ces professionnelles en santé dentaire va demeurer étroitement lié à la médecine dentaire. Une collaboration effective entre les dentistes et les hygiénistes dentaires est ce qui servirait le mieux les intérêts des groupes et les intérêts du public. Certains ont suggéré de modifier la relation traditionnelle entre les deux groupes, par exemple en accordant plus d'autonomie aux hygiénistes dentaires pour ce qui est de la réglementation, plus de souplesse dans leur mode de travail et leurs fonctions, des règles moins strictes eu égard à la surveillance et une meilleure reconnaissance de leur contribution effective et potentielle à l'amélioration de la santé dentaire des Canadiens.

Autres membres du personnel dentaire

Les relations des hygiénistes dentaires avec les autres membres du personnel dentaire sont moins nettes. Un comité de liaison a été officiellement établi en 1976 (ACHD, 1976) entre les associations nationales des hygiénistes dentaires, des thérapeutes dentaires et des assistantes dentaires dans le but de favoriser de meilleures communications entre les trois groupes. Au Manitoba, les trois groupes travaillent en étroite collaboration pour obtenir des amendements à la législation. En Colombie-Britannique, l'Association des hygiénistes dentaires et l'Association des assistantes dentaires accueillent des représentantes de l'autre groupe à titre d'observateurs au sein de leur conseil et travaillent ensemble dans de nombreux comités. Il n'existe pas de relation officielle entre les associations d'hygiénistes dentaires et les associations de techniciennes dentaires ou de thérapeutes dentaires. Une relation structurale entre les programmes de formation pour les assistantes dentaires et les programmes pour les hygiénistes dentaires a été imposée en Ontario, en 1977, lorsque le ministère de l'Éducation a décrété que les hygiénistes dentaires suivraient les mêmes cours que les assistantes dentaires pendant la première de leurs deux années de formation. Nous avons déjà parlé, dans le chapitre IV, de certains des problèmes suscités par cette façon de considérer l'hygiéniste dentaire comme une assistante dentaire ayant reçu un complément de formation.

Les programmes de formation des thérapeutes dentaires et des hygiénistes dentaires ont beaucoup en commun. En Saskatchewan (1976) les diplômées en hygiène dentaire de l'Université du Manitoba pouvaient poursuivre une année d'étude supplémentaire au Wascana Institute pour devenir thérapeute dentaire. Au Manitoba et en Saskatchewan, les thérapeutes dentaires peuvent suivre les programmes accrédités pour les hygiénistes dentaires plus une année additionnelle de formation de sorte qu'un certain nombre de praticiennes sont prêtes à obtenir un permis d'exercer aussi bien en tant qu'hygiéniste dentaire qu'en tant que thérapeute dentaire. La somme des connaissances que ces diplômées ont acquises équivaut à la formation donnée à Boston (Lobene, 1979) et au Kentucky (Spohn et Mast, 1975), à titre expérimental, dans les années 1970, aux hygiénistes dentaires qui allaient remplir des fonctions élargies. Les dentistes qui ont employé ces personnes ont apprécié leur capacité de travailler aussi bien en dentisterie restauratrice qu'en dentisterie préventive, tout particulièrement auprès de la clientèle rurale en Saskatchewan et au Manitoba et aussi dans certains services de santé publique. Les praticiennes capables de remplir aussi bien les fonctions d'une hygiéniste dentaire que celles d'une thérapeute dentaire se disent très satisfaites d'assumer plus de responsabilités et d'accomplir un travail plus varié.

6. Les relations avec d'autres professionnels de la santé

On peut donner plusieurs exemples de collaboration entre les hygiénistes dentaires et

d'autres professionnels de la santé, mais il s'agit plutôt de faits particuliers que d'un effort concerté pour parvenir à une organisation formelle. Il est certain qu'on prend de plus en plus conscience des possibilités de collaboration entre les différentes professions de la santé, notamment dans les domaines suivants : les campagnes de promotion de la santé et d'éducation sanitaire, le travail avec des ergothérapeutes en ce qui concerne l'enseignement de techniques d'hygiène buccale aux handicapés, le travail avec des nutritionnistes dans le cadre de la semaine de la nutrition et d'autres projets d'information du public, le travail avec des infirmières hygiénistes pour intégrer les soins de dentisterie préventive dans l'ensemble des soins préventifs prévus pour certains groupes cibles, la participation à des programmes d'éducation prénatale et le travail au sein de programmes multidisciplinaires à l'intention des citoyens âgés.

On reconnaît de plus en plus que les soins préventifs de santé peuvent atteindre leur efficacité maximale en ayant recours à une approche communautaire intégrée et multi-disciplinaire (Lussier, 1982). Le rôle de l'hygiène dentaire dans une telle approche doit faire l'objet d'une étude et d'un développement plus approfondis. Il semblerait en particulier que le temps soit venu de procéder à un examen systématique de la façon dont les soins dentaires préventifs peuvent être intégrés à d'autres services de santé orientés vers la promotion de la santé.

7. L'intégration sociale

L'hygiène dentaire a été influencée par le fait qu'il s'agit d'une profession presque exclusivement féminine, qui relève de la médecine dentaire, profession essentiellement masculine. Au Canada, en 1979, 97,2 % des hygiénistes dentaires étaient des femmes (Lewis, 1981). Lorsque la profession a été créée, il fut établi par loi qu'elle serait réservée aux femmes parce qu'elles sont plus patientes, moins agressives et plus soumises (Jones, 1979). Le Dr Alfred Fones, celui qu'on a appelé le père de l'hygiène dentaire, était en faveur de l'admission des femmes à l'exercice de l'hygiène dentaire car d'après lui, "... une femme est prête à consacrer son énergie et son habileté à cette forme de traitement... elle est capable de travailler avec conscience et application... elle est honnête et responsable..." (Motley, 1972). Encore récemment, dans bon nombre de provinces et d'États, l'exercice de l'hygiène dentaire était réservé aux femmes. On avait rarement vu ce genre de discrimination dans une profession de la santé (McFarlane, 1964). Au cours des deux dernières décennies, la législation a été amendée de façon à supprimer cette règle discriminatoire, sauf à l'Ile-du-Prince-Édouard, mais le stéréotype féminin demeure. Il existe encore de nombreux exemples de stéréotypes sexuels concernant les origines et l'histoire de l'hygiène dentaire.

L'intégration sociale qui s'effectue au cours des jeunes années influence autant la vie des hommes que celle des femmes parce que c'est le processus par lequel les valeurs et les attentes sur le plan social sont transmises d'une génération à l'autre. Dans notre société, les femmes ont traditionnellement été élevées pour être passives, dépendantes et maternelles. En conséquence, les aspirations des femmes et leur choix de carrière se sont limités aux métiers qui étaient jugés convenables par elles ou par d'autres (Muff, 1982; Lasky, 1982; Rosenow, 1982 et Schwerin, 1974).

L'origine de l'hygiène dentaire et l'influence de l'intégration sociale tant sur les hygiénistes dentaires que sur les dentistes, de même que le fait que, dans la plupart des provinces, les hygiénistes dentaires aient été employées et réglementées par les dentistes, ont créé et perpétué une relation parternaliste entre la dentisterie et l'hygiène dentaire. Il faudrait évidemment effacer l'image exclusivement féminine de la profession lorsqu'on cherche à recruter de nouveaux membres. Les hygiénistes dentaires reconnaissent en général que la gamme des services qu'elles dispensent a été déterminée par les dentistes plutôt que par leur profession ou par les besoins du public en matière de santé dentaire (Jones, 1979).

Le mouvement féministe a centré l'attention sur les influences culturelles et sociales qui limitent de façon négative l'apport des groupes considérés traditionnellement comme féminins dans le domaine de la santé. Les nouvelles façons

d'envisager les rapports entre hommes et femmes ont donné un nouvel essor aux aspirations de nouvelles professions de la santé qui cherchent plus d'autonomie dans la réglementation, la reconnaissance de leur apport et l'amélioration de leur statut autrefois terni par une perspective hiérarchique rigide basée largement sur les différences entre les sexes. "... si on laisse tomber le stéréotype sexuel, il devient clair que chaque membre de l'équipe dentaire devrait, de nos jours, fonctionner suivant une hiérarchie fondée sur la formation et le mérite" (Hamilton et Hamilton, 1980).

8. L'augmentation du professionnalisme

Au cours de la dernière décennie, un long débat s'est engagé sur le statut de l'hygiène dentaire en tant que profession (Jones, 1979; Stamm, 1982; Darby, 1982). Du point de vue sociologique, l'hygiène dentaire a souvent été acceptée (Jones, 1979) comme une profession intermédiaire. Certes, bon nombre d'hygiénistes dentaires, au Canada et ailleurs, se sont insurgées contre l'étiquette qui leur était imposée du fait qu'on les considère comme des auxiliaires dentaires étant donné que l'adjectif "auxiliaire" suggère habituellement une idée d'"aide". Les enseignantes en hygiène dentaire, les chefs des associations d'hygiénistes dentaires et d'autres personnes sont convaincues que l'hygiène dentaire est une discipline différente de la dentisterie du point de vue qualitatif et non pas simplement du point de vue quantitatif, c'est-à-dire que les hygiénistes dentaires ne font pas que "prolonger" le rôle des dentistes, mais remplissent un rôle particulier du fait de l'orientation primordiale de leur profession vers la prévention des maladies bucco-dentaires et la conservation de la santé dentaire.

Malgré les définitions qu'on en donne, au Canada et aux États-Unis, l'hygiène dentaire présente bon nombre de caractéristiques d'un groupe de professions dites nouvelles dont plusieurs ont à voir avec la santé (Trebilcock, Tuohy et Wolfson, 1979; Dussault, 1976; Wilinsky, 1984). L'acquisition du statut professionnel est un processus dynamique par lequel certaines caractéristiques changent l'orientation d'une profession. Au nombre de ces caractéristiques mentionnons l'élaboration de normes d'enseignement et d'exercice, la participation à la recherche, l'aspiration à un niveau plus élevé d'auto-réglementation et la définition de l'hygiène dentaire en tant que processus de soins plutôt que comme une liste de fonctions. Cette acquisition nouvelle du statut de profession a été dirigée en grande partie par un groupe actif composé d'enseignantes en hygiène dentaire et de membres d'associations d'hygiénistes dentaires.

La position non officielle de plusieurs gouvernements provinciaux, également exprimée dans le rapport du Conseil économique du Canada (1981), à l'effet qu'il ne devrait pas être permis à un groupe professionnel d'en réglementer un autre a porté l'Ontario à suivre les traces du Québec où les hygiénistes dentaires ont un statut professionnel en vertu du Code des professions du Québec. Cette évolution de la situation a contribué, peut-être plus que tout autre facteur, à donner le sentiment aux hygiénistes dentaires et aux membres d'autres professions que l'hygiène dentaire est véritablement une profession.

Le regroupement de plusieurs professions de la santé, y compris l'hygiène dentaire, sous le titre de professions auxiliaires, s'est répandu. Des ateliers et d'autres réunions ont porté sur les questions intéressant ces professions. Il arrive qu'on regroupe divers éléments dans le but d'aborder la législation et la réglementation de façon plus cohérente (comme dans la loi dite Health Disciplines Act de l'Alberta). Le phénomène des professions auxiliaires s'est d'abord manifesté aux États-Unis.

On peut trouver d'autres exemples d'un mouvement professionnaliste à propos de l'hygiène dentaire au Canada, notamment : la présentation par l'Association canadienne des hygiénistes dentaires de ses propres mémoires à des organismes gouvernementaux comme le Comité spécial d'étude sur les auxiliaires dentaires, en 1970, l'Examen des services de santé de 1979 et le Comité consultatif fédéral-provincial sur la main-d'oeuvre sanitaire, en 1983, des initiatives prises par les associations provinciales d'hygiène dentaire au Manitoba, en Ontario et en Alberta afin de faire modifier les règlements et les lois, la participation d'hygiénistes dentaires à des recherches et

l'intérêt croissant qu'elles manifestent pour ce domaine, l'établissement de normes d'exercice et la reconnaissance du statut professionnel de l'hygiène dentaire au Québec.

9. La satisfaction sur le plan professionnel

Peu d'études traitent explicitement de la satisfaction que l'exercice de leur profession procure aux hygiénistes dentaires. Lewis (1981) a mené une enquête auprès des hygiénistes dentaires canadiennes et a constaté que 48,4 % de celles qui avaient un emploi étaient très satisfaites de leur carrière, 38,2 % étaient assez satisfaites, 11,2 % plus ou moins insatisfaites et 2,3 % pas du tout satisfaites. Les taux d'insatisfaction les plus faibles ont été relevés au Nouveau-Brunswick (6 %), à l'Ile-du-Prince-Édouard (9,7 %) et en Ontario (9,8 %). C'est au Québec (18,9 %) et en Colombie-Britannique (18,6 %) que les taux étaient les plus élevés. Dans les autres provinces, les taux d'insatisfaction variaient entre 13 et 16 %. Nous ne possédons pas, pour le moment d'information sur les facteurs qui influencent les taux de satisfaction et d'insatisfaction.

D'après l'enquête de Lewis, la satisfaction dans leur carrière est un facteur très important dans les plans d'avenir que font les hygiénistes dentaires. Soixante-et-onze pour cent des hygiénistes dentaires actives qui ont répondu au questionnaire en 1979 avaient l'intention de poursuivre leur carrière. Parmi les 26 % qui n'avaient pas encore planifié leur avenir, 30% avaient manifesté de l'insatisfaction. Parmi les 3 % qui n'avaient pas l'intention de continuer à travailler en tant qu'hygiénistes dentaires, 61 % étaient insatisfaites.

Les résultats d'études sur la satisfaction des hygiénistes dentaires exerçant leur profession dans des cabinets dentaires privés ont été signalés principalement dans des publications américaines. Parmi les facteurs qui entrent en jeu, mentionnons la teneur du travail, le salaire et l'avancement, le milieu et les conditions de travail, les relations interpersonnelles et des questions de liberté (Heine et coll., 1983; McAdams, 1976; Pitchford et coll., 1980; Levin, 1980; Farrugia, 1984; Deckard et Rountree, 1984).

Dans l'ensemble, les hygiénistes dentaires considèrent leur profession de façon très positive. Le degré de satisfaction est généralement élevé en ce qui a trait aux aspects relatifs à l'accomplissement de la tâche : un sentiment d'accomplir quelque chose et de rendre service, les relations avec les collègues et l'indépendance relative dans le travail (Lawson et Martinoff, 1980). Les aspects les moins satisfaisants sont le fait que les fonctions cliniques que l'hygiéniste dentaire est autorisée à remplir sont limitées, le manque de possibilités d'avancement, l'absence d'avantages sociaux et de stabilité de l'emploi et enfin, les relations avec les dentistes (Lawson et Martinoff, 1980). Celles qui sont le plus satisfaites sont celles qui peuvent remplir des fonctions supplémentaires (Lawson et Martinoff, 1980; Hunter et Rossman, 1970; McAdams, 1976).

La sécurité financière et la stabilité d'emploi contribuent à la satisfaction. Les hygiénistes dentaires qui travaillent dans l'industrie, des établissements d'enseignement et les organismes gouvernementaux bénéficient de congés de maladie, de vacances payées, d'une assurance-vie et d'une assurance maladie ainsi que de plans de pension. Dans le secteur privé, la majorité des employeurs n'offrent pas de bénéfices comparables si ce n'est des vacances payées parce que la loi les y oblige.

Bon nombre des préoccupations relevées dans les publications semblent s'appliquer autant aux hygiénistes dentaires canadiennes qu'aux américaines. Un certain nombre de questions qui intéressent à la fois les hygiénistes dentaires et les dentistes sont ressorties des auditions tenues devant un comité spécial de l'American Dental Association, en 1981 (ADHA, 1982). Parmi les questions d'ordre économique en rapport avec la sécurité d'emploi, mentionnons le fait que l'emploi dépende non pas uniquement de la demande de services d'hygiène dentaire mais surtout des affaires menées par les dentistes, l'absence de convention d'emploi, les mises à pied soudaines et l'instabilité relative aux emplois à temps partiel. Ce dernier point a moins d'importance au Canada qu'aux États-Unis où les emplois à temps partiel sont plus nombreux. D'autres problèmes d'ordre

économique viennent du fait qu'on force les hygiénistes dentaires à travailler à temps partiel pour qu'elles ne soient pas admissibles à recevoir certains avantages comme les régimes d'assurance et de pension, là où il en existe, le manque de mécanismes d'évaluation du travail, la marge excessive de profit que les dentistes retiennent sur les services d'hygiène dentaire et le fait que les salaires n'augmentent pas au même rhythme que l'inflation.

En ce qui a trait à l'évolution sur le plan professionnel et aux possibilités de faire carrière, on s'inquiète à propos de la sous-utilisation des compétences, de l'inaccessibilité de milieux potentiels d'emploi comme les maisons de repos, les hôpitaux, les cliniques mobiles, à cause de la rigidité des règles relatives à la surveillance requise et les autres contraintes imposées par la loi sur l'exercice de la profession. En ce qui a trait à la réglementation, on se plaint du contrôle exercé par les dentistes au sein des conseils de réglementation de l'hygiène dentaire et du manque de mobilité dans l'emploi. Enfin, on s'inquiète aussi du manque de possibilités d'avancement, de problèmes de déontologie, de la pression imposée en faveur de la production et à l'encontre de la qualité des soins et enfin de l'absence de normes de rendement définies.

Il faudrait examiner périodiquement les niveaux de satisfaction et les facteurs qui les influencent. Le cas échéant, les problèmes relevés devraient être portés à l'attention des organismes d'hygiène dentaire et débattus sur une tribune plus largement ouverte comme le comité consultatif multidisciplinaire dont la création a été proposée.

10. La recherche

La recherche à propos de questions touchant à la santé dentaire des Canadiens peut jouer un rôle décisif pour l'avenir de l'hygiène dentaire. Un besoin manifeste de recherche se fait sentir dans des domaines comme l'épidémiologie des maladies dentaires, les méthodes de prévention des maladies dentaires, les facteurs qui influent sur l'utilisation de mesures préventives, la rentabilité des mesures préventives, la répartition des ressources humaines en santé dentaire et de nouveaux systèmes de dispensation des soins dentaires. Une multitude de sujets de recherche importants pour l'exercice de l'hygiène dentaire et l'évolution de la profession ont été mentionnés lors de la Conférence canadienne sur la recherche en hygiène dentaire (Santé et Bien-être social Canada, 1982) et de l'American National Agenda on Dental Hygiene Research (1984). Les hygiénistes dentaires qui effectueront ces recherches en seront également les bénéficiaires. L'Association canadienne des hygiénistes dentaires a manifesté son intérêt pour ce genre de recherches en finançant la Conférence sur la recherche en hygiène dentaire et des projets comme l'étude sur les ressources humaines faite par D.W. Lewis.

Quoi qu'il en soit, il serait peu réaliste de croire que les études qui indiquent ou pourraient indiquer la possibilité ou l'opportunité d'accorder un rôle plus considérable aux hygiénistes dentaires dans la dispensation des soins de santé vont entraîner des changements automatiques de l'ordre des choses. Dans les années 1970, un grand nombre d'études bien conçues ont largement prouvé que les hygiénistes dentaires, et d'autres membres du personnel dentaire, sans considérer les dentistes, peuvent appliquer bon nombre des traitements normalement réservés à ces derniers en respectant les mêmes normes de qualité et de sécurité (Abramowitz et Berg, 1973; Lobene, 1979; Lewis, 1978). Les règlements et la pratique n'ont pas été modifiés en conséquence. Il faut reconnaître que les recherches ne constituent que des éléments du processus décisionnel qui devrait aboutir à la modification du mode de dispensation des soins dentaires. La recherche en matière de soins dentaires augmente la base de connaissances, mais il faut une volonté et des stratégies politiques - des plans d'action -pour en arriver à modifier des règles ou à les mettre en vigueur.

11. Les normes d'exercice, l'assurance de la compétence et l'assurance de la qualité des soins

Les expressions assurance de la qualité, assurance de la compétence et normes d'exercice se rapportent toutes à l'habileté et à la performance du praticien à un niveau qui correspond suffisamment bien aux normes

établies. L'assurance de la compétence garantit que les praticiens peuvent juger, tout au long de leur carrière, de leur capacité de remplir les fonctions qui leur sont imparties. Le processus d'assurance de la qualité permet d'évaluer et de mesurer la qualité des soins et la mise en oeuvre de tout changement nécessaire pour en conserver ou en améliorer la qualité, par comparaison avec une norme établie qui correspond au degré de performance souhaité et réalisable. Par conséquent, l'assurance de la qualité englobe les concepts d'assurance de la compétence et des normes d'exercice définies. Soucieuse d'assurer la qualité des soins d'hygiène dentaire au Canada, la profession a accordé la priorité à l'établissement de normes d'exercice.

Ces dernières années, pratiquement toutes les professions de la santé en sont venues à conclure qu'il était nécessaire d'établir des normes d'exercice. Diverses choses ont abouti à cette prise de conscience, notamment le désir de chaque praticien d'évaluer et d'améliorer sa propre performance, l'intérêt que les consommateurs portent à la question de la responsabilité dans le domaine de la santé, les progrès de la recherche en matière d'évaluation de la qualité des soins, le souhait exprimé par les organismes professionnels de garantir la qualité des soins dispensés par leurs membres et d'éviter que des normes soient imposées par le gouvernement et enfin l'apparition des mécanismes d'inspections professionnelles.

Toute hygiéniste dentaire s'est fixé des normes d'exercice implicites et personnelles qui, avec son degré de compétence, déterminent la qualité des soins qu'elle dispense. Cette situation pose deux problèmes. Le premier vient de ce que les normes sont implicites et que tous les intéressés auraient avantage à ce qu'elles soient explicites. Le second a trait au fait que bon nombre d'hygiénistes dentaires se trouvent isolées des autres hygiénistes dentaires dans leur travail et qu'elles ont, en conséquence, peu d'occasions d'observer les normes d'exercice que s'imposent leurs collègues, de les comparer aux leurs, d'en discuter et éventuellement de les modifier.

Les normes d'exercice sont indispensables lorsqu'il s'agit de considérer la qualité des soins et on juge d'ordinaire que l'établissement de normes est un premier pas vers l'assurance de la qualité des soins et le maintien de la compétence des praticiens. Le Groupe de travail sur l'exercice de l'hygiène dentaire reconnaît que cette tâche demande un certain degré de connaissances et du temps que ses membres n'étaient pas en mesure de fournir. En conséquence, le Groupe de travail a recommandé au ministère de la Santé nationale et du Bien-être social d'établir un Comité consultatif sur l'élaboration de normes relatives à l'exercice clinique de l'hygiène dentaire, lequel, avec l'aide d'un chercheur engagé à contrat, a élaboré des normes d'exercice clinique pour les hygiénistes dentaires et fera des recommandations relatives à d'autres travaux dans les domaines de l'assurance de la compétence des praticiens en hygiène dentaire et de l'assurance de la qualité des soins d'hygiène dentaire. Un article sur les définitions, les problèmes et les directives pour l'assurance de la qualité de l'hygiène dentaire au Canada, a été rédigé sous les auspices du Comité consultatif et publié dans la revue Canadian Dental Hygienist (Pimlott et coll., 1985). Le rapport final du Comité consultatif sur l'élaboration des normes relatives à l'exercice clinique de l'hygiène dentaire formera le deuxième tome du rapport du Groupe de travail sur l'exercice de l'hygiène dentaire.

12. L'hygiène dentaire dans le monde

Depuis son apparition, au début des années 1900 dans le nord-est des États-Unis, l'hygiène dentaire s'est répandue dans bien des régions du monde. Ce sont les États-Unis, le Japon et le Canada qui, dans l'ordre, comptent le plus grand nombre d'hygiénistes dentaires. La profession d'hygiéniste dentaire est reconnue dans plus de 50 pays, sur tous les continents (Fédération dentaire internationale, 1981).

Le caractère international de l'hygiène dentaire a été confirmé par l'établissement d'un comité international de liaison dont l'Association canadienne des hygiénistes dentaires est un des membres fondateurs. Le Comité a organisé dix symposiums bi-annuels sur l'hygiène dentaire. Le septième de ces symposiums a eu lieu à Vancouver (Colombie-Britannique), en 1979. Issue du Comité international de liaison sur l'hygiène dentaire, la Fédération internationale

des hygiénistes dentaires a été établie en 1986. Deux hygiénistes dentaires canadiennes font partie du conseil initial. Le onzième symposium international d'hygiène dentaire aura lieu à Ottawa en 1989. On trouvera plus d'information sur le sujet dans le chapitre II (Histoire, 5. Événements marquants).

Le pays étranger qui exerce le plus d'influence sur l'hygiène dentaire au Canada est les États-Unis. Cela n'est pas étonnant pour bien des raisons : bon nombre des premières diplômées canadiennes en hygiène dentaire avaient étudié aux États-Unis; il existe des relations étroites entre la médecine dentaire et l'hygiène dentaire dans les deux pays et les premiers programmes canadiens de formation en hygiène dentaire ont été copiés sur les programmes américains. Au Canada, une grande partie des progrès réalisés en hygiène dentaire ont été précédés ou accompagnés par des événements similaires aux États-Unis. Ils s'intéressent par exemple, à la suggestion à l'effet que des hygiénistes dentaires pourraient se faire leur propre clientèle, une idée qui est apparue au cours des années 1970 (Born, 1983). Au cours de cette période, un nombre croissant d'hygiénistes dentaires américaines ont terminé des études de baccalauréat d'une durée de quatre ans (la durée des études menant au diplôme de base était de deux ans) et les mouvements féministes entraînaient généralement les femmes à désirer entreprendre une carrière. Dans un proche avenir, il est plus probable que les hygiénistes en viennent à travailler indépendamment à contrat qu'à ouvrir leur propre cabinet.

Il existe aux États-Unis quelques nouveaux types d'emplois pour les hygiénistes dentaires qu'on pourrait bien retrouver un jour au Canada : par exemple, des cliniques d'entreprises, des cabinets de dentistes dans les centres commerciaux, des centres de prévention. En outre, le succès remporté par plusieurs ententes passées entre des hygiénistes dentaires et des dentistes pour lesquels celles-ci travaillent à contrat pourrait bien servir de modèle pour bon nombre de dentistes et d'hygiénistes dentaires canadiens, tout en maintenant la relation qui existe entre l'hygiène et la médecine dentaire.

Au Canada, l'hygiène dentaire est certes influencée par ce qui se passe dans ce domaine aux États-Unis, mais elle est également affectée par les politiques relatives à l'hygiène dentaire qui ont cours ailleurs dans le monde. Les buts que se sont fixé les autres pays en matière de santé dentaire laissent prévoir qu'on accordera davantage d'importance à la dentisterie préventive et, par conséquent, à l'hygiène dentaire. Plusieurs examinent avec soin les objectifs d'ensemble proposés par l'Organisation mondiale de la santé et la Fédération dentaire internationale (Aggeryd, 1983) à la lumière des changements survenus au niveau de la santé dentaire. L'OMS voudrait qu'en l'an 2000, tous les gens aient une bonne santé dentaire; elle vise à ce qu'en cette anneé-la, la moyenne des enfants de 12 ans n'aient pas plus de trois dents permanentes cariées, absentes ou obturées. Il est proposé que tous les pays utilisent cet indice comme guide pour formuler leurs propres objectifs nationaux et régionaux. La FDI a défini six autres objectifs de santé dentaire pour l'an 2000. A savoir :

1. 50 % des enfants de 5 à 6 ans ne devraient avoir aucune carie;
2. une moyenne globale ne dépassant pas trois dents CAO à l'âge de 12 ans;
3. 85% des gens devraient avoir toutes leurs dents à l'âge de 18 ans;
4. une réduction de 50 % des niveaux de 1983 des personnes édentées de 35 à 44 ans;
5. une réduction de 25 % des niveaux de 1983 de personnes édentées de 65 ans et plus;
6. l'établissement d'une banque de données pour surveiller l'évolution de la santé dentaire (Aggeryd, 1983).

Plusieurs auteurs pensent qu'il faut considérer ces objectifs avec prudence (Ainamo, 1983; Barmes, 1983; Greene, 1983; Sundberg, 1983) :

> Il existe peu de données sur les indicateurs de la carie dentaire sauf en ce qui concerne les enfants de 12 ans, ce qui confirme la nécessité de constituer des bases de données nationales et internationales.

- Les signes de diminution de la carie dentaire récemment relevés dans les pays industrialisés portent à croire que ceux-ci pourraient atteindre ou dépasser les objectifs de la FDI en l'an 2000, mais il faudra que les secteurs public et privé maintiennent leurs efforts pour perpétuer cette tendance. Par exemple, il faudra continuer à travailler à la promotion de la fluoration de l'eau des collectivités.
- Il faut faire des recherches épidémiologiques et définir des indicateurs fiables en ce qui concerne les maladies dentaires autres que la carie : les problèmes parodontaires, les malocclusions et les cancers de la bouche.
- Les soins dentaires doivent être orientés davantage vers la prévention que vers le traitement.
- Il faudrait davantage avoir recours à un personnel dentaire autre que les dentistes.

Les politiques de santé dentaire de chacun des pays intéressés seront influencées par l'étendue des ressources que les pays et les différents organismes vont engager dans la poursuite des objectifs internationaux.

13. Conclusions

En théorie, le Canada devrait se doter d'un système de soins de santé dentaire qui permettrait à tous les Canadiens d'obtenir les services dont ils ont besoin. Dans cette perspective, le principal critère sur lequel les décisions devraient être basées devrait être l'amélioration de la santé dentaire. En réalité, des facteurs d'ordre économique, social et politique vont fortement influencer les événements, et notamment la définition des rôles que les hygiénistes dentaires vont assumer dans l'évolution du système de soins de santé dentaire.

BIBLIOGRAPHIE

Abramowitz, J. and Berg, L.E.
1973 "A four-year study of the utilization of dental assistants with expanded function", Journal of the American Dental Association, Sept., 87: 623-635.

Aggeryd, T.
1983 "Goals for oral health in the year 2000: Cooperation between WHO, FDI and the national dental associations", International Dental Journal, 33(1): 55-59.

Ainamo, J.
1983 "The monitoring process and its importance for achievement and the global goals for oral health by the year 2000", International Dental Journal, 33(1): 79-87.

American Association of Public Health Dentists, Subcommittee on Preventive Periodontics.
1983 "Periodontal disease in America: a personal and national tragedy", Journal of Public Health Dentistry, Spring, 43(2): 106-117.

American Dental Association.
1983 Report of the Special Committee on the Future of Dentistry.
1982 "Future of Dentistry Document", American Dental Association News, August 30, p.2.
1981 "80's practice management: the form and function of tomorrow's practice", Journal of the American Dental Association, 103(7).
1976 Survey of Dental Practice.

American Dental Hygienists' Association.
1983 The Survey of Dental Hygiene Issues: Attitudes, Perceptions and Preferences.
1982 Report and Recommendations of the Special Committee on Dental Hygiene.

Angevine, E.,
1973 "The consumers viewpoint on dental hygiene", Dental Hygiene, 47, Nov.-Dec.: 380-384.

Association of Canadian Faculties of Dentistry.
1983 "Geriatric Conference Report", ACFD Newsletter, Vol 16(1) .

Bailit, H.L., Raskin, M., Reisine, S., and Chiriboga, C.
1979 "Controlling the cost of dental care", American Journal of Public Health, July, 69: 699-703.

Barmes, D.E.
1983 "Indicators for oral health and their implications for developing countries", International Dental Journal, 33 (1): 60-65.

Born, D.O.
1983 "Auxiliary personnel", Reducing the Cost of Dental Care, R.T. Kudrle and L. Meskin, eds. University of Minnesota Press, Minneapolis.

Burt, B.A.,
1982 "New priorities in prevention of oral diseases", Journal of Public Health Dentistry, Spring, 42: 170-179.

Canadian Dental Association,
1982 "Ontario begins health structure overhaul", Journal of Canadian Dental Association, August, 18: 504.

Canadian Dental Hygienists' Association.
1976 Transactions.

Carlin, S.A.; Polk, K.K.; Lee, M.M.; and Gardiner, J.F.
1984 "Geriatric dentistry in a dental hygiene program: a community approach", Journal of Dental Education, 48(1): 46.

Catherman, J.L.
1983 "Role of the dental hygienist in public health periodontal programs", Journal of Public Health Dentistry, Spring, 43(2): 137-138.

Consumers' Association of Canada
"Consumer Rights in Health Care", undated

Cowley, G.C.
1981 "The management of periodontal disease: Community care", British Dental Journal, November, 151: 306.

Davies, G.
1980 "Future trends in the provision of oral health care", British Dental Journal, 149: pp. 356-358.

Darby, M.L.
1983 "Collaborative practice model: the future of dental hygiene", Journal of Dental Education, 47(9): 589-593.
1982 "Toward a clearer understanding of dental hygiene research, theory, and practice", Proceedings of the Conference on Dental Hygiene Research, University of Manitoba, Winnipeg, Manitoba, Published by Dept. of National Health and Welfare Canada Sept. 30 - Oct. 1.
1981 "Viewpoint", Dental Hygiene, November, 55(11): 6.

Deckard, G.J. and Rountree, B.
1984 "Burnout in dental hygiene", Dental Hygiene, 58(7) 307-313.

Douglass, C.W., Gillings, D, Sollecito, W., and Gammon M.
1983 "National trends in the prevalence and severity of the periodontal diseases", Journal of the American Dental Association, 107 (Sept. 1983) 403-412.

Dunning, J.M.
1982 "Dentistry at the crossroads: a study of professionalism", American Journal of Public Health, July, 72(7): 651-652.

Dussault, René
1976 "The Office des professions du Québec in the context of the development of professionalization", in The Professions and Public Policies, Slayton, P., and Trebilcock, M.J. eds. Toronto: University of Toronto Press.

Economic Council of Canada.
1981 Reforming Regulation.

Evans, R.G. and Williamson, M.F.
1978 Extending Canadian Health Insurance: Options for Pharmacare and Denticare, Toronto, The University of Toronto Press for the Ontario Economic Council.

Farragia, N.S.
1984 "Traditional functions and job and career satisfaction", Dental Hygiene, 58(7): 300-304.

Fédération dentaire internationale
1981 Basic Fact Sheets.

Gilmore, N.D., Stevens, C., Pierce, V. and Giddon, D.B.
1976 "Consumer and provider attitudes toward dentist and expanded auxiliary functions", Journal of the American Dental Association, 93(9): 614-621.

Glass, R.L., ed.
1982 "Proceedings of the first international conference on the declining prevalence of dental caries, Forsyth Dental Center, Boston, Mass., June 25-26, 1982", The Journal of Dental Research, November, 61 (special issue): 1301-1383.

Greene, J.C.
1983 "Indicators for oral health and their implications for industrialized nations", International Dental Journal, 33(1): 67-71.

Hamilton, W. and Hamilton, P.R.
"Sex and the dental practice: a reinterpretation of the history of dental hygienists", Bulletin of the History of Dentistry: 64-68.

Hankin, R.A.
1977 "The cost of providing restorative dentistry in an alternative delivery mode." Journal of Public Health Dentistry, 37(3): 217-223.

Santé et Bien-être social Canada
1984 Les dépenses nationales de santé au Canada, 1970-1982.
1982
1977 Nutrition Canada, rapport sur l'hygiène dentaire.

Heine, C.S., Johnson, D.A. and Emily, J.
1983 "Dimensions of career satisfaction for the dental hygienist", Dental Hygiene, 57(3): 22-29.

Heine, C.S.; Jong, A.; Casamassimo, P.S.; Osterbrook, N., and Call, R.
1983(2) "Oral health status and behaviors of the elderly and other adults", Special Care in Dentistry, 3(5) 217-221.

Hunter, E.L. and Rossman, P.P.
1979 "Baccalaureate dental hygiene graduates' assessment of dental office employment", Dental Hygiene, 53(12): 559-564.

Jenkins, G.N.
1984 "The recent fall in dental caries incidence", Ontario Dentist, 61(6) 29-32.

Johnson, P.M.
1982 Dental hygiene practice settings: moving into the 1980s, Background Paper Prepared for the Working Group on the Practice of Dental Hygiene.

Jones, L.M.
1979 "Dental hygiene as a female dominated semi-profession", The Canadian Dental Hygienist, Fall, 13: 62-66.

Kline, C.
1982 Report, prepared for the Working Group on the Practice of Dental Hygiene.

Kust, G.M.
1980 "Auxiliaries can increase income", Dental Management, 20(11): 16-22.

Lasky, E.
1982 "Self-esteem, achievement, and the female experience", Socialization, Sexism, and Stereotyping, J. Muff, ed. The C.V. Mosby Company, Toronto, 48-71.

Lawson, E.S. and Martinoff, J.T.
1980 "The dental hygienists perception of satisfaction in the private dental office", Dental Hygiene, 54(2): 74-80.

Levin, A.
1980 "Notes on a burned out hygienist", Dental Hygiene, 54(1): 19-20.

Lewis, D.W., Pierce, M.H., Carsjo, K. and Andrews, P.
1981 Demographic and employment profile of dental hygienists in Canada, 1979. Faculty of Dentistry, University of Toronto.

Lewis, M.H.
1978 "Dental care delivery in Saskatchewan, Canada", International Dental Care Delivery Systems, J.I. Ingle and P. Blair, eds. Cambridge, Mass., Ballinger Publishing Company.

Lipscomb, J.
1982 "Deregulation of paraprofessionals and health care cost containment: the case of dentistry", Policy Studies Review, 1: 523-531.

Littleton, P.A.
1982 "Toward a theory of the dental care market: a critique", American Journal of Public Health, July, 72: 676-678.

Lobene, R.R. and Kerr, A.
1979 The Forsyth Experiment, Cambridge, Mass., Harvard University Press.

Lussier, J.P.
1982 "Conference Summary", Proceedings of the Conference on Dental Hygiene Research, Department of National Health and Welfare.

MacDonald, K.M.
1983 Regulation of dental hygiene in Canada. Report prepared for the Working Group on the Practice of Dental Hygiene.

Marinelli, R.D.
1983 "Oral Health Care for the elderly patient", Dental Hygiene. 57(10): 14-17.

McAdams, W.J.
1976 "Reasons why dental hygienists dislike their practice", Dental Hygiene, 50: 563.

McFarlane, B.A.
1964 Dental Manpower in Canada, Report prepared for the Royal Commission on Health Services in Canada, Queen's Printer, Ottawa.

Millions, C.
1984 "Saskatchewan Children's Dental Health Program." Personal communication, August.

Mitchell, T.L. and Forgay, M.G.E.
1987 "Root Surface Caries: Implications for Dental Hygienists", The Canadian Dental Hygienists' Association Review - Probe, 21(1): 31-35.

Monteith J.A.
1984 "Modern Age demands review of supervision of hygienists", Ontario Dentist. Oct. 1984.

Motley, W.E.
1972 Ethics, Jurisprudence and History for the Dental Hygienist, Philadelphia, Lea and Febiger.

Muff, J.
1982 Preface to Socialization, Sexism and Stereotyping, J. Muff, ed. The C.V. Mosby Company, Toronto.

Mullins, M.R., Kaplan, A.L., Mitry, D.J., Armstrong, S.R., Lange, K.W. Steuer, R.E. and Johnson, K.H. "Production - economic effects of delegation and practice size in a private dental office." Journal of the American Dental Association, April, 98: 572-577.

Pimlott, J.F.L., Chambers, L.W., Feller, S.J. and Scherer, F.K.
1985 "Dental Hygiene Quality Assurance: Definitions, Issues, and Directions for Canada", The Canadian Dental Hygienist, Spring, pp. 20-23.

Pitchford, T., Brodsky, D. and Reynolds, G.N.
1980 "Job satisfaction in dental hygiene", Dental Hygiene, 54: 559.

Plett, R.
1987 Personal Communication to S. Amer, February.

Pronovost, L. and Melanson-Ouelette, A.
1981 Étude sur les soins dentaires gratuits II, Ministère des Affaires sociales du Québec, Services des Études sociales (EE 064-81) Québec, décembre.

Province du Manitoba
1984 Aging in Manitoba, Needs and Resources, A Longitudinal Study to Update the 1971 and 1976 Needs and Resource Surveys via Panel and Replication, unpublished data.

Province de l'Ontario
1983 Dental health indices for odd age children (5, 7, 9, 11, 13,) 1972-1982.

Rakowski, W., Kerschbaum, W.E., McGowan, J.M.
1984 "Dental hygiene students future orientations and perceptions of old age and of older persons", Journal of Dental Education, 48(6): 302-308.

Razzooq, M.E., Bloem, T.; and Lang, B.
1983 "The edentulous patient: attitudes toward oral health status", Special Care in Dentistry, 3(5): 214-216.

Rice, D.P., Douglass, C.W., Gillings, D.B. and Yordy, K.D.
1981 "Public policy options for better dental health", Journal of Dental Education, 45(11): 746-750.

Richmond, J.B. and Kotelchuk, M.
1983 "Political Influences" in Handbook of Health Professions Education, McGuire et al eds. San Francisco, Jossey - Bass.

Rosenow, A.M.
1982 "What is achievement in nursing?", Socialization, Sexism and Stereotyping, J. Muff, ed. The C.V. Mosby Company, Toronto, 315-320.

Rozier, G.R., McFall, W.T. and Bowden, B.S.
1983 "Policy implications of the epidemiology of dental diseases for the prevention and control of periodontal disease: the North Carolina studies", Journal of Public Health Dentistry, Spring, 43(2): 120-127.

Rubino, R., Chairman
1983 National Health Committee, Canadian Association of Consumers. Personal communication, February 3.

Scarrott, D.M.
1973 "The economic case for delegation in dentistry", British Dental Journal, January, 134: 23-24.

Scheffman, D.T. and Appelbaum, E.
1982 Social Regulation in Markets for Consumer Goods and Services, Ontario Economic Council Research Studies, University of Toronto Press, Toronto.

Schwerin, U.
1975 "The maturation crisis of a profession", Dental Hygiene, 48: 145-147.

Smith, A.F.
1982 Out-of-pocket spending on personal health care by urban families, Canada, seven survey years, 1964-1978, Health and Welfare Canada, May.

Spohn, E.E. and Mast, T.A.
1975 "Dental Therapist Training Program", Terminal Progress Report, College of Allied Health Professions, University of Kentucky, Lexington, Kentucky, March.

Stamm, J.W.
1982 "Research and the dental hygienist: a lifeline to professionalism", Proceedings of the Conference on Dental Hygiene Research, Dept. of National Health and Welfare, 1982.

Stamm, J.W., Dixter, C.T. and Langlais, R.R.
1980 "Principal dental health indices for 13-14 year old Quebec children", Journal of the Canadian Dental Association, 46: 125-137.

Stamm, J.W., Waller, M., Lewis D.W., and Stoddart G.L.
1986 Dental Care Programs in Canada: Historical Development, Current Status and Future Direction, Dept. of National Health and Welfare, Canada.

Statistique Canada
1984 La scolarité au Canada.
1981a L'annuaire du Canada 1980-81.
1981b La santé des Canadiens : rapport de l'enquête de santé au Canada, Juin (3).

Sundberg, H.
1983 "Achievement of the goals for oral health: how can national dental associations and practising dentists contribute?", International Dental Journal, 33(1): 73-76.

Tan, H.H.
1977 "Time utilization, productivity, and costs of solo and extended duty auxiliary dental practice", Community Dentistry and Oral Epidemiology, July, 5(4): 151-155.

Thompson, H.E.
1973 "Dentists attitudes to prepaid children's dental care programs and expanded duty dental auxiliaries in Saskatchewan", Journal of the Canadian Dental Association, January, 39: 47-54.

Trebilcock, M.J., Tuohy, C.J., and Wolfson A.D.
1979 Professional Regulation: A staff study of Accountancy, Architecture, Engineering and Law in Ontario, prepared for the Professional Organizations Committee, Ontario Ministry of the Attorney General, Toronto.

U.S. Department of Health and Human Services.
1979- "The Prevalence of Dental Caries in United States 1980 Children", The National Dental Caries Prevalence Survey, 1979-80, Bethesda, Md.

University of Manitoba
1984 Dental health survey of school children in the Keewatin District, N.W.T., unpublished.

Wei, S.H.Y.
1982 "Periodontal Treatment: A new thrust for pedodontics", Edit. Pediatric Dentistry, March, 4: 86-87.

Wilinsky, H.,
1984 "The professionalization of everyone?", American Journal of Sociology, 70(37).

IX

DISCUSSION ET CONSÉQUENCES POUR L'AVENIR

Nous avons décrit, dans le présent rapport, l'évolution et les principales caractéristiques de l'hygiène dentaire au Canada. Les données examinées fournissent la base pour un autre projet, soit l'élaboration de normes d'exercice clinique. Les données auront aussi une incidence dans l'avenir soit sur la planification des programmes ou sur l'évolution de la santé dentaire. Dans ce chapitre, nous allons résumer les résultats d'enquête et souligner leur incidence.

En tant que métier, l'hygiène dentaire est apparue au Canada environ 40 ans après ses débuts aux États-Unis. A l'origine, l'hygiène dentaire était sourtout exercée dans le secteur public, en dentisterie préventive, mais les dentistes n'ont pas tardé à faire appel aux hygiénistes dentaires dans leurs cabinets privés. Jusqu'au début des années 1960, l'enseignement de l'hygiène dentaire ne se donnait qu'à un seul endroit, l'Université de Toronto. Pendant les années 1960, quatre autres universités canadiennes ont mis sur pied des programmes d'enseignement de l'hygiène dentaire de sorte que le nombre des diplômées a rapidement augmenté. Au cours des années 1970, l'établissement de plusieurs programmes au niveau collégial, tant en Ontario qu'au Québec, a entraîné une croissance quasi exponentielle du nombre des hygiénistes dentaires. En conséquence, au milieu des années 1980, il y a plus de 6 000 hygiénistes dentaires au Canada, dont la majorité sont âgées de moins de 30 ans et ont fait leurs études dans un collège plutôt qu'à l'université. Trois universités ont des programmes d'une durée de deux ans menant au diplôme, mais deux seulement, l'Université de Toronto et l'Université de Montréal, ont un programme menant au baccalauréat. Il est clair qu'on aurait besoin d'un programme universitaire dans l'ouest du pays et il faudrait étudier l'opportunité de créer d'autres programmes du genre (ou d'étendre les programmes existants) dans l'est du pays.

Malgré que la préparation de base pour l'exercice de la profession soit un programme d'étude de deux ans menant au diplôme et que les possibilités de poursuivre jusqu'au baccalauréat soient plutôt rares, bon nombre d'hygiénistes dentaires continuent des études universitaires dans d'autres disciplines. Elles sont également nombreuses à suivre des cours d'éducation continue. Les hygiénistes dentaires peuvent remplir divers rôles dont bon nombre combleraient les divers besoins de services préventifs en santé dentaire qui se font de plus en plus sentir. C'est pourquoi il faudrait imaginer une façon plus systématique d'aborder la question de la formation continue des hygiénistes dentaires en tirant parti des techniques andragogiques pour évaluer les besoins, fixer des objectifs immédiats, définir des objectifs à long terme, appliquer des programmes et en évaluer les résultats. L'association canadienne des hygiénistes dentaires est un chef de file dans ce domaine. Tous les établissements qui donnent des programmes de formation en hygiène dentaire devraient s'occuper davantage de formation continue.

Pour le moment, la question des ressources humaines en hygiène dentaire est parmi les plus pressantes. De combien d'hygiénistes dentaires avons-nous besoin au Canada? Quels critères et quelles méthodes pourrait-on appliquer pour obtenir ces chiffres? Dans quelle mesure peut-on se fier aux techniques de prévision dans le domaine des ressources humaines? Qui devrait participer à l'établissement des prévisions? Un certain nombre de réponses à ces questions et à d'autres du même genre seront fonction de l'idée que celui qui répond se fait de l'hygiène dentaire. Selon qu'il considère l'hygiéniste dentaire comme une personne possédant des aptitudes et des connaissances spécialisées en dentisterie préventive ou comme une assistante du dentiste qui accomplit les tâches que celui-ci lui délègue quand il est trop occupé pour les accomplir lui-même, ses réponses seront bien différentes.

La prédiction des besoins en ressources humaines est une science pour le moins incertaine, d'autant plus que les prévisions doivent être fondées sur des hypothèses qui, bien souvent, se révèlent fautives par la suite. Jusqu'à présent, les prévisions de ressources humaines en santé dentaire ont presque toujours été préparées par ou pour des dentistes et bon nombre de leurs hypothèses de base peuvent être mises en doute. Mentionnons notamment la nature statique de la répartition des maladies dentaires et de la demande de services de santé dentaire et le fait de supposer que les systèmes de dispensation des services de santé dentaire et la clientèle ne vont pas changer. En fait, les tendances de la maladie dentaire changent énormément car la carie dentaire diminue dans les pays industrialisés et les gens conservent leurs dents plus longtemps. La conservation des dents naturelles à un âge avancé en même temps que le vieillissement de la population feront augmenter les besoins de traitements préventifs et d'entretien en parodontologie au cours des prochaines décennies. Les services de ce genre peuvent souvent être dispensés au mieux et de la façon la plus économique par des hygiénistes dentaires. Autrefois, ce sont surtout les dentistes qui ont déterminé le type et la quantité du travail qui était confié aux hygiénistes dentaires. L'augmentation des régimes d'assurance dentaire privés ou publics peut augmenter la demande d'hygiénistes dentaires en tant que dispensatrices de soins dentaires. Ces facteurs et bien d'autres laissent à penser que pour faire des projections au sujet des ressources humaines, il faut recourir à des modèles plus compliqués que le simple calcul de la demande et de l'effectif.

On s'inquiète, à l'heure actuelle, d'un surplus imminent d'hygiénistes dentaires. Malgré que le nombre des hygiénistes dentaires ait augmenté considérablement ces dernières années en Ontario et au Québec, rien n'indique que les diplômées en hygiène dentaire aient de la difficulté à se trouver un emploi, sauf de rares exceptions. Dans le provinces de l'Atlantique, il semble y avoir un équilibre raisonnable entre le nombre d'hygiénistes dentaires à la recherche d'un emploi et le nombre des offres, tandis que dans l'ouest du pays, on semble faire face à une pénurie d'hygiénistes dentaires. Il faudrait résister à la tentation de mettre fin à des programmes de formation d'hygiénistes dentaires en Ontario et au Québec parce qu'on prévoit un surplus de main-d'ouevre. Si on en arrivait à un déséquilibre sérieux, il suffirait d'un temps très court pour renverser la situation étant donné que le programme de formation de base est de deux années seulement.

La question de la réglementation excessive des hygiénistes dentaires dans certaines provinces et les territoires mérite également d'être étudiée. Les progrès de la dentisterie préventive qui est à la fois une science et un art, la qualité de la formation donnée aux hygiénistes dentaires et la maturation rapide de l'hygiène dentaire en tant que profession ont fait que les modes de réglementation existants sont dépassés et indûment restrictifs. Si l'on peut comprendre que les hygiénistes dentaires aient été, à l'origine, régies par les lois concernant les dentistes, il faudrait maintenant réévaluer ce mode de réglementation pour mieux défendre les intérêts de cette profession et répondre à ses problèmes.

Le niveau de surveillance par un dentiste qui est imposé par les règlements aux hygiénistes dentaires dans la majorité des provinces et des territoires est excessivement restrictif et constitue une source de frustrations. En exigeant que les hygiénistes dentaires soient surveillées par un dentiste présent sur les lieux, on limite sérieusement l'accès aux services de dentisterie préventive dans certains endroits comme les établissements de soins prolongés, les hôpitaux, les écoles, les localités éloignées où il y a une hygiéniste dentaire, mais pas de dentiste. Cette limitation est ressentie même dans les cabinets privés de dentiste où non seulement elle augmente les coûts des soins dentaires, mais elle empêche le dentiste d'exercer son jugement professionnel à ce sujet. En plus de restreindre l'accès aux services préventifs et d'en augmenter les coûts pour ceux qui en ont besoin, les exigences déraisonnables en matière de surveillance ne tienne pas compte du fait que les services d'hygiène dentaire n'exposent pas le patient à des risques considérables, que les hygiénistes dentaires ont reçu une formation adéquate et qu'elles détiennent un permis d'exercer leur profession. Ceux qui planifient

les soins de santé, les consommateurs et les hygiénistes dentaires ont tout intérêt à ce que les dispositions actuelles au sujet de la surveillance soient amendées. Bon nombre des tâches dévolues aux hygiénistes dentaires comme le dépistage, l'éducation sanitaire, la préparation de programmes, l'enseignement individuel de l'hygiène buccale, l'application de fluorures topiques et d'agents de scellement et le nettoyage des dents, peuvent être accomplies en toute sécurité sans l'intervention ou la surveillance d'un dentiste.

Au niveau national, le problème de réglementation le plus important à l'heure actuelle est celui de la transférabilité, car les restrictions qui existent à certains endroits empêchent les hygiénistes dentaires d'exercer leur profession dans toutes les provinces ainsi qu'au Yukon et dans les Territoires du Nord-Ouest. Cette situation pourrait être améliorée de diverses façons; en ce qui concerne l'octroi d'un permis aux diplômés accrédités d'hygiène dentaire, un conseil national de l'hygiène dentaire pourrait faire passer des examens et les provinces pourraient établir des ententes de reconnaissance réciproque de la validité des permis d'exercer.

Au Canada, la majorité des hygiénistes dentaires travaillent dans des cabinets dentaires privés et cette situation devrait persister. A l'heure actuelle, quatre hygiénistes dentaires sur cinq travaillent dans un cabinet dentaire privé. La nature de cette pratique est en voie de changer: le nombre des dentistes qui pratiquent seuls diminue, le nombre des spécialistes augmente, on crée de nouvelles méthodes de commercialisation des services. La nature et l'étendue de ces changements, de même que la demande de services dentaires dans le secteur privé et la perception qu'a le dentiste du rôle, des capacités et de la compétence de l'hygiéniste dentaire auront beaucoup d'influence autant sur le niveau d'emploi que sur la nature du travail des hygiénistes dentaires dans des cabinets dentaires privés. Il faudrait mieux renseigner les étudiantes en médecine dentaire et les dentistes sur la formation, les capacités et les rôles des hygiénistes dentaires. Par contre, les hygiénistes dentaires doivent se tenir au courant des méthodes de prévention applicables dans un cabinet privé et chercher à appliquer les résultats de la recherche dans leur milieu de travail. Il faudrait également organiser des cours dans ce but.

Les centres de santé communautaire viennent au second rang dans l'ordre des milieux de travail pour les hygiénistes dentaires. Au Canada, près de 10 % des hygiénistes dentaires travaillent dans ce genre de milieu, pour la plupart dans des services de santé provinciaux, régionaux ou locaux. Toutefois, d'accord avec la définition de la santé communautaire qui "englobe les structures, les installations et les modes d'intervention utilisés pour préserver la santé de la population", un nombre encore modeste, mais tout de même croissant, d'hygiénistes dentaires travaillent dans des établissements de garde pour les déficients mentaux, des établissements de soins prolongés, des hôpitaux, des établissements carcéraux et d'autres milieux du genre. A certains endroits, le rôle des hygiénistes dentaires dans ces milieux est restreint de façon déraisonnable par des règlements qui exigent une surveillance exagérée. Ce problème préoccupe de plus en plus ceux qui sont appelés à planifier les soins de santé, les administrateurs et les consommateurs aussi bien que les hygiénistes dentaires.

Les milieux d'enseignement vont continuer à attirer suffisamment d'hygiénistes dentaires pour satisfaire les besoins parce que bon nombre d'entre elles trouvent ce travail intéressant et qu'il y a plus de possibilités d'avancement dans la plupart des établissements d'enseignement que dans les cabinets dentaires privés. Il est probable que le nombre des postes dans ce genre de milieu demeurera assez stable dans un avenir prévisible. Cela devrait aboutir à une diminution relative du pourcentage des postes dans ce secteur à mesure qu'augmentera l'effectif général. Dans le domaine de l'enseignement, la plupart des hygiénistes dentaires donnent de la formation aux étudiantes qui se préparent à une carrière en hygiène dentaire ou en tant qu'assistantes dentaires, mais on trouve maintenant plusieurs hygiénistes dentaires qui enseignent à temps partiel ou à temps plein aux étudiants en médecine dentaire.

D'autres débouchés comme les services dentaires des Forces armées, des instituts de recherche, des services de vente et de liaison dans l'industrie dentaire, des centres dentaires d'entreprises et des services de consultation vont sans doute augmenter en nombre, mais ne constitueront toujours qu'un très faible pourcentage du nombre total des postes ouverts aux hygiénistes dentaires au Canada. Leur importance peut être bien supérieure à ce que leur petit nombre laisse soupçonner et ils permettent aux hygiénistes dentaires dont les intérêts sur le plan de la profession et les aspirations ne sont pas compatibles avec les milieux d'exercice traditionnels de demeurer dans le domaine de l'hygiène dentaire.

Les autres modes d'exercice décrits au chapitre VII sous la rubrique : "Milieux d'exercice de l'hygiène dentaire" ont récemment suscité des débats et parfois des inquiétudes parmi les dentistes et les hygiénistes dentaires, au Canada et aux États-Unis. Il importe de souligner qu'aucun de ces nouveaux modes d'exercice ne provoque une séparation entre l'hygiène dentaire et la médecine dentaire. L'association étroite demeure, mais la nature de la relation change. L'exercice indépendant ne semble pas recueillir la faveur générale bien qu'il existe au Colorado. Un projet de recherche bien conçu a été mis sur pied en Californie pour examiner son potentiel. D'autres solutions de rechange comme le travail indépendant à contrat qui conserve des liens étroits avec la dentisterie tout en permettant divers modes de dispensation de services d'hygiène dentaire dans le secteur privé sont, en principe, mieux acceptées. Elles offrent la possibilité d'examiner différentes structures d'exercice qui permettraient beaucoup plus de souplesse dans la dispensation de services préventifs dans le secteur privé que la situation actuelle. Depuis quelques années, on constate, aux États-Unis, plusieurs réussites dans ce secteur qui pourraient servir de modèle. Mais au Canada, il faudrait d'abord modifier la réglementation. Même lorsqu'il sera possible d'adopter ces nouveaux modes d'exercice, il est probable que peu d'hygiénistes dentaires le feront. Le milieu d'exercice traditionnel, soit le cabinet dentaire privé, va demeurer prédominant bien que les préoccupations qui se font jour au sujet des nouvelles méthodes de commercialisation des motivation puissent mener à une modification de l'emploi et de la réglementation.

Certains des facteurs qui auront le plus d'influence sur l'évolution de l'hygiène dentaire au Canada sont d'ordre démographique et épidémiologigue. La combinaison d'une population vieillissante, mieux nantie et plus instruite avec l'abaissement continu des taux de carie des surfaces coronaires va modifier la nature et le volume des besoins de services de santé dentaire au Canada. Un très grand nombre des services actuellement dispensés par des dentistes visent la réparation des ravages causés à court ou à long terme par la carie. Étant donné que les séquelles des caries déjà subies vont nécessiter des traitements répétés pendant plusieurs années, le besoin de services de dentisterie restauratrice va demeurer élevé dans la population adulte, mais il va diminuer chez les enfants. L'abaissement général des taux de caries et le vieillissement de la population vont faire que le besoin de services de prévention et d'entretien orientés largement vers la santé du parodonte et la prévention de la carie des racines va peut-être augmenter. Les hygiénistes dentaires sont bien préparées pour satisfaire ces besoins tant dans les cabinets dentaires privés que dans les milieux où l'accès à leurs services est plus facile pour les personnes âgées, comme les centres de santé, les centres de l'âge d'or, les établissements de garde ou de soins prolongés. Dans ces milieux multidisciplinaires que l'Americain Dental Hygienists' Association appelle "field settings", la surveillance d'un dentiste n'est pas nécessaire et leur développement est actuellement restreint par des règlements désuets en matière de surveillance.

Bien que le nombre des dentistes par rapport à la population ait augmenté rapidement ces dernières années en même temps qu'augmentait encore plus rapidement le nombre des hygiénistes dentaires, il reste des endroits mal desservis dans certaines régions du Canada. Certains groupes de population comme les économiquement faibles, les autochtones, les handicapés et une forte proportion de personnes âgées ont difficilement accès aux soins dentaires à l'heure actuelle. Alors que ceux qui dispensent des services de santé dentaire considèrent que ceux-ci sont essentiels à la santé, ces mêmes services

ne sont pas disponibles pour de larges segments de la population. Il incombe aux dispensateurs de promouvoir activement la recherche et la mise sur pied de programmes innovateurs afin d'atteindre ceux qui ont actuellement besoin de services de santé dentaire mais n'en reçoivent pas. Les hygiénistes dentaires pourraient s'engager activement dans la planification, la réalisation et l'évaluation de ce genre d'initiatives.

La perception qu'ont les hygiénistes dentaires d'elles-mêmes et de leur profession évolue. Cela est évident d'après l'information recueillie auprès d'organismes professionnels et dans des articles récents. Cette nouvelle perception est sans doute reliée aux changements dans la façon dont les femmes se perçoivent elles-mêmes. Elle va changer encore davantage alors que les nouvelles générations d'hygiénistes dentaires seront soumises à différents modes d'intégration sociale et si l'on parvient à attirer plus d'hommes dans la profession. Toutefois, si ces changements ne sont pas accompagnés d'autres changements, comme une meilleure reconnaissance de la profession, une augmentation de son champ d'action et l'auto-réglementation, il est probable que le niveau de satisfaction des hygiénistes dentaires dans leur carrière va diminuer.

Les consommateurs pourraient être un élément important pour changer le statut de l'hygiène dentaire et la faire reconnaître en tant que profession. L'enquête menée en 1983 par l'American Dental Hygienists' Association sur l'attitude des consommateurs envers les hygiénistes dentaires et l'image qu'ils s'en font indique que la population est prête à voir les hygiénistes dentaires acquérir plus d'indépendance vis-à-vis des dentistes qu'à l'heure actuelle. De plus, les déclarations des groupes de consommateurs à propos du besoin et du droit de recevoir de l'information au sujet de soins préventifs et d'avoir accès à des soins de qualité à un prix raisonnable, traduisent la position d'un bon nombre d'organismes d'hygiène dentaire et d'hygiénistes dentaires. Alors que les services de santé dentaire passent d'un marché favorable au vendeur à un marché favorable à l'acheteur, les intérêts et les objectifs des consommateurs prennent de plus en plus d'importance.

La plupart des services de santé dentaire sont des services à forte intensité de main-d'oeuvre qui ont, par conséquent, tendance à être coûteux. On considère qu'à l'heure actuelle, les coûts sont le principal obstacle à l'accès aux soins de santé dentaire. Dans le domaine de la santé, tous les coûts ont suffisamment augmenté depuis vingt ans pour inquiéter le gouvernement, mais les dépenses au chapitre des services dentaires ont généralement augmenté plus rapidement que les dépenses pour d'autres soins de santé. A quelques exceptions près, les tentatives de financement des services dentaires par le biais du système faisant appel à un tiers payant, comme les programmes publics ou les régimes d'assurance privés, n'ont guère contribué à réduire les coûts des soins dentaires en ce qu'elles ne sont intervenues que du côté demande de l'équation économique. Il faut une étude plus poussée des autres méthodes de dispensation des services pour pouvoir prendre des décisions raisonnables au sujet des services de soins dentaires. De nombreuses études faites au cours des années 1970 ont montré qu'un personnel dentaire ne comprenant pas de dentistes pouvait dispenser bon nombre de services à un moindre coût tout en maintenant la qualité. Il faut pousser plus avant les études antérieures afin de juger de l'efficacité et du rendement de différentes combinaisons de dispensateurs de services oeuvrant dans différents milieux auprès de populations choisies. En théorie, si les hygiénistes dentaires dispensaient des services de prévention complets, on parviendrait à abaisser les coûts en réduisant la nécessité de soins dispendieux dispensés par les dentistes.

Les décisions du gouvernement au sujet des services de santé dentaire détermineront l'avenir de l'hygiène dentaire au Canada. Il est peu probable que le Canada crée un système universel de soins dentaires subventionné à même les impôts, au niveau national ou au niveau provincial. Ce qui semble plus vraisemblable, c'est la poursuite de la démarche actuelle de certaines provinces, soit l'identification de certains groupes spécifiques ayant des besoins particuliers ou qui n'ont pas un accès satisfaisant aux services indispensables. La sélection des groupes visés, la délimitation des services qui seront offerts et le choix de la façon de les dispenser ainsi que des personnes

qui en seront chargées feront partie d'un processus que nous suivrons avec intérêt.

Évidemment, pour ces programmes, le choix n'est pas limité aux modèles existant déjà au Canada. On a déjà adapté des modèles conçus ailleurs comme le programme de santé dentaire pour les enfants du Manitoba et de la Saskatchewan. Il est possible de créer de nouveaux modèles, comme on l'a fait dans le cas des hygiénistes dentaires remplissant des fonctions élargies dans les Forces armées canadiennes et du programme de santé dentaire pour les enfants à l'Ile-du-Prince-Édouard. Un modèle, celui de l'exercice indépendant au Colorado, est en cours d'application et sera surveillé avec intérêt partout dans le monde.

Le Canada devrait s'orienter vers un système de soins dentaires qui assurerait à tous les Canadiens l'accès aux services dentaires dont ils ont besoin. Ce faisant, on espère que ceux qui seront appelés à prendre des décisions auront pour principal critère le désir de parvenir à la meilleure santé dentaire possible et d'améliorer l'équité et l'efficacité des services. De plus, des facteurs d'ordre économique, politique et démographique vont fortement influencer l'orientation future.

Que peut-on prévoir au sujet de l'hygiène dentaire à mesure que les choses vont évoluer? Le Groupe de travail espère que la collaboration entre les dentistes et les hygiénistes dentaires sera renforcée. L'hygiène dentaire pourrait être réglementée par un organisme autre que le Collège des dentistes sans toutefois exclure les membres de cette profession. Les mécanismes appliqués pour modifier les fonctions des hygiénistes dentaires rassureraient les dentistes en leur garantissant qu'aucun changement malencontreux et radical ne leur sera imposé tout en assurant aux hygiénistes dentaires qu'on ne leur refusera pas des changements raisonnables qui permettent à leur profession de progresser. Une relation de collaboration entre les dentistes et les hygiénistes dentaires, dans les cabinets privés et au sein des associations, sera renforcée et l'hygiène dentaire sera reconnue comme une profession nouvelle, spécialisée en soins préventifs, alors que la responsabilité d'ensemble des soins demeurera dans les mains des dentistes. Des exigences plus raisonnables sur le plan de la surveillance permettront aux hygiénistes dentaires de travailler sans qu'un dentiste doive être présent à leur côté. Tout cela, de même que la prise de conscience par le gouvernement du fait que la santé dentaire fait partie de la santé en général, pourrait aboutir à la création de programmes de soins dentaires gérés par des hygiénistes dentaires dans une bonne part des établissements de soins prolongés, des résidences pour personnes âgées, des cliniques scolaires, des cliniques satellites des cabinets dentaires et des centres de soins primaires offrant des services publics de soins dentaires. Des groupes mal desservis jusqu'à présent, pourraient avoir un meilleur accès aux services de soins dentaires. Les établissements de formation des hygiénistes dentaires auraient réagi au besoin de ressources humaines : l'effectif d'hygiénistes dentaires diplômées et les débouchés se trouveraient dans un équilibre raisonnable; des programmes d'enseignement universitaire auraient été établis ou élargis de façon que des hygiénistes dentaires ayant reçu une préparation supplémentaire puissent dispenser de l'enseignement au personnel dentaire et occuper des postes en santé publique ou en recherche. Les politiques gouvernementales et les programmes appuyés par les organismes de dentistes et d'hygiénistes dentaires, pourraient mettre davantage l'accent sur la prévention de la maladie bucco-dentaire. La santé dentaire des Canadiens pourrait être améliorée.

L'hygiène dentaire a fait de remarquables progrès au cours de sa brève histoire au Canada. Elle atteint sa maturité à un moment où plusieurs influences importantes peuvent affecter son développement futur. Certains groupes préconisent l'augmentation du pluralisme dans la dispensation des services de soins dentaires et l'élargissement du rôle des hygiénistes dentaires. Si la santé dentaire est effectivement un élément essentiel de la santé générale et si les hygiénistes dentaires doivent répondre aux besoins des Canadiens au meilleur de leur capacité, il faut encore d'autres changements. Il faut plus d'hygiénistes dentaires qui poursuivent leur formation après l'obtention du diplôme de base. Il faut mettre au point diverses méthodes pour la dispensation des soins. Il faut insister

davantage sur la promotion de la santé et sur la prévention de la maladie bucco-dentaire. Il faut des règlements réalistes et raisonnables en matière de surveillance. Le Groupe d'étude sur l'exercice de l'hygiène dentaire croit qu'avec les années, la plupart de ces changements sinon tous seront inévitables.

ANNEXE A

LISTE DES MEMBRES DU SOUS-COMITÉ SUR LA RECHERCHE DU GROUPE DE TRAVAIL SUR L'EXERCICE DE L'HYGIÈNE DENTAIRE EN 1982

Présidente
Margery G.E. Forgay, Dip DH, BA, BEd, MA
Professor, School of Dental Hygiene
University of Manitoba
780 Bannatyne Avenue
WINNIPEG, Manitoba

Glenda Butt, Dip DH, BA
School of Dental Hygiene
Dalhousie University
5981 University Avenue
HALIFAX, Nova Scotia

Roger L. Ellis, DDS, DDPH, MSc, FRCD(C)
Professor and Chairman
Department of Dental Health Care
Faculty of Dentistry
Dentistry - Pharmacy Centre
University of Alberta
EDMONTON, Alberta

Patricia M. Johnson, RDH, BScD,
MSc (PhD candidate)
17 Warlock Crescent
WILLOWDALE, Ontario

Diane Lachapelle-Harvey, BSc, MSc, HD
Département de dentisterie préventive et sociale
École de médecine dentaire
Université Laval
SAINTE-FOY (Québec)

Coordonnatrice
Sharon B. French, RDH, BA, BS, MS,
Adviser, Dental Health Standards
Health Services Directorate
Department of National Health & Welfare
OTTAWA, Ontario

Patti Showers, BS, MPH, GDH
Prevention & Research Co-ordinator
Saskatchewan Health Dental Plan
3475 Albert Street
REGINA, Saskatchewan

John W. Stamm, DDS, DDPH, MSc Dent
Chairman
Department of Community Dentistry
Faculty of Dentistry
McGill University
3640 University Street
MONTRÉAL (Québec)

Joan Voris, BSc, Dip DH
Director
Program of Dental Hygiene
Faculty of Dentistry
University of British Columbia
2199 Wesbrook Place
VANCOUVER, B.C.

ANNEXE B

LISTE DES MEMBRES DU COMITÉ CONSULTATIF SUR L'ÉLABORATION DES NORMES RELATIVES À L'EXERCICE CLINIQUE DE L'HYGIÈNE DENTAIRE

Présidente
Diane Lachapelle, BSc, MSc, HD
Professeur agrégé
Département de dentisterie préventive et sociale
École de médecine dentaire
Université Laval
SAINTE-FOY (Québec)

Membres
Larry W. Chambers, BA, MSc, PhD
Associate Professor
Department of Clinical Epidemiology and Biostatistics
Faculty of Health Sciences
McMaster University
1200 Main Street
HAMILTON, Ontario

Margery G.E. Forgay, Dip DH, BA, BEd, MA
Anciennement
Professor, School of Dental Hygiene
University of Manitoba
780 Bannatyne Avenue
WINNIPEG, Manitoba
et prsentement
Director,
School of Dental Hygiene
Dalhousie University
HALIFAX, Nova Scotia

Diane Girardin, Dip DH
88 Allendale Drive
WINNIPEG, Manitoba

Kathleen Scherer, RN, BScN, MHISc, (doctoral candidate)
Assistant Director
Research and Planning
Manitoba Department of Health
Health Services Commission
Room 308
294 Portage Avenue
WINNIPEG, Manitoba

Arthur Schwartz, DDS
Dean
Faculty of Dentistry
University of Manitoba
780 Bannatyne Avenue
WINNIPEG, Manitoba

Douglas J. Yeo, DDS, MPH, FICD, FRCD(C)
Anciennement
Head, Preventive and Community Dentistry
Faculty of Dentistry
University of British Columbia
2194 Health Sciences Mall
VANCOUVER, British Columbia

Coordonnatrice
Sharon B. Amer, RDH, BA, BS, MS
Adviser
Dental Health Standards
Health Services Directorate
Department of National Health and Welfare
OTTAWA, Ontario

Observateur
William R. Bedford, DDS, DDPH
Senior Consultant, Dentistry
Health Services Directorate
Department of National Health and Welfare
OTTAWA, Ontario

Dr. Donald G. Ross, BSc, DMD
A/Senior Consultant, Dentistry
(Septembre/83 - Avril 1984)

Chercheur
Sheryl J. Feller, Dip DH, BA, MBA
President
SJB Management Consultants
Box 287
SANFORD, Manitoba

Invités à la rencontre de 1983
Linda Berry, RDH
Past President (1983-84)
Canadian Dental Hygienists' Association
1755 Bough Beeches Blvd.
MISSISSAUGA, Ontario

Marian Stephenson, RDH, MPH
Chairman
Working Committee II
Competence Assurance Program
American Dental Hygienists' Association
305 Clayton Road
CHAPEL HILL, N.C.

Linda Strevens, RDH, BSc Dent (DH)
Executive Assistant
The Royal College of Dental Surgeons of Ontario
230 St. George Street
TORONTO, Ontario

Observatrice à la réunion de 1985
Ellen Brownstone
Chairperson
Committee on Quality and Competency Assurance
Canadian Dental Hygienists' Association
School of Dental Hygiene
University of Manitoba
WINNIPEG, Manitoba

ANNEXE C

PROGRAMMES DE FORMATION EN HYGIÈNE DENTAIRE AU CANADA

COLOMBIE-BRITANNIQUE

Dental Hygiene Program
College of New Caledonia
3330 - 22nd Avenue
Prince George, B.C.
V2M 4M1

Dental Hygiene Department
Vancouver Community College
Vancouver Vocational Institute
250 West Pender Street
VANCOUVER, British Columbia
V6B 1S9

ALBERTA

Division of Dental Hygiene
Faculty of Dentistry
Dentistry-Pharmacy Centre
University of Alberta
Edmonton, Alberta
T2G 2N8

SASKATCHEWAN

Dental Division[1]
Wascana Institute of Applied Arts and Science
4635 Wascana Parkway
P.O. Box 556
Regina, Saskatchewan
S4P 3A3

MANITOBA

School of Dental Hygiene
Faculty of Dentistry
University of Manitoba
780 Bannatyne Avenue
Winnipeg, Manitoba
R3E 0W3

ONTARIO

Allied Health Programs
- Dental
Algonquin College of Applied Arts and Technology
1385 Woodroffe Avenue
Nepean, Ontario
K2G 1V8

Dental Health Programs
Cambrian College of Applied Arts and Technology
1400 Barrydown Road
Sudbury, Ontario
P3A 3V8

Dental Health Programs
Canadore College of Applied Arts and Technology
P.O. Box 5001
North Bay, Ontario
P1B 8K9

Dental Auxiliary Programs
Confederation College of Applied Arts and Technology
P.O. Box 398,
Postal Station "F"
Thunder Bay, Ontario
P7C 4W1

Dental Health Programs
Durham College of Applied Arts and Technology
P.O. Box 385
Oshawa, Ontario
L1H 7L7

Dental Hygiene
Fanshawe College of Applied Arts and Technology
P.O. Box 4005, Terminal "C"
London, Ontario
N5W 5H1

Allied Health and Community Services Division
George Brown College of Applied Arts and Technology
175 Kendal Avenue
Toronto, Ontario
M5T 2T9

Dental Hygiene
Georgian College of Applied Arts and Technology
825 Memorial Avenue
Orillia, Ontario
L3V 2Y5

Dental Hygiene
Niagara College of Applied Arts and Technology
Woodlawn Campus
Welland, Ontario
L3B 5S2

Dental Health Programs
Seneca College of Applied Arts and Technology
1255 Sheppard Avenue East
Willowdale, Ontario
M2K 1E2

Health Sciences
St. Clair College of Applied Arts and Technology
2000 Talbot Road West
Windsor, Ontario
N9A 6S4

---

1 Module d'hygiène dentaire pour les thérapeutes dentaires diplômées seulement.

PROGRAMMES DE FORMATION EN HYGIÈNE DENTAIRE AU CANADA (suite)

Dental Hygiene
Canadian Forces Dental
Sciences School
Base Borden
Borden, Ontario
L0M 1C0

Division of Dental Hygiene[2]
Faculty of Dentistry
University of Toronto
125 Edward Street
Toronto, Ontario
M5G 1G6

QUÉBEC

Programme d'hygiène dentaire
CEGEP Chicoutimi
534 Jacques-Cartier Est
Chicoutimi (Québec)
G7H 1Z6

Programme d'hygiène dentaire
CEGEP Édouard-Montpetit
945, ch. de Chambly
Ville de Longueuil, (Québec)
J4H 3N6

Programme d'hygiène dentaire
CEGEP François-Xavier Garneau
1600, boul. de l'Entente
Sillery (Québec)
G1T 2S5

Programme d'hygiène dentaire
CEGEP Maisonneuve
2800 est, Sherbrooke
Montréal (Québec)
H1X 2A2

Programme d'hygiène dentaire
CEGEP Outaouais
333 boul. Cité des jeunes
C.P. 5220, Succ. "A"
Hull (Québec)
J8Y 6M5

Programme d'hygiène dentaire
CEGEP Saint-Hyacinthe
3000, rue Boulé
Saint-Hyacinthe (Québec)
J2S 1H9

Programme d'hygiène dentaire
CEGEP Trois-Rivières
3500, rue de Courval
C.P. 97
Trois-Rivières (Québec)
G9A 5E6

Program of Dental Hygiene
John Abbott College
P.O. Box 2000
Sainte-Anne de Bellevue
(Québec)
H9X 3L9

Département de dentisterie
préventive et
communautaire[2]
Université de Montréal
C.P. 6209, Succursale A
Montréal (Québec)
H3C 3T9

NOUVELLE-ÉCOSSE

School of Dental Hygiene
Faculty of Dentistry
Dalhousie University
5981 University Avenue
Halifax, Nova Scotia
B3H 3J5

---

2 Programme de baccalauréat pour les hygiénistes dentaires diplômées seulement.

TABLEAU D.1
ORGANISMES DE RÉGLEMENTATION DES HYGIÉNISTES DENTAIRES POUR LES PROVINCES ET LES TERRITOIRES

PROVINCE/TERRITOIRE	ORGANISME DE RÉGLEMENTATION
Terre-Neuve	Newfoundland Dental Board 211 LeMarchant Road St. John's, Newfoundland A1C 2H5
Ile-du-Prince-Édouard	Dental Association of PEI P.O. Box 1948 Charlottetown, PEI C1A 7N5
Nouvelle-Écosse	Provincial Dental Board of Nova Scotia Suite 604 5991 Spring Garden Road Halifax, Nova Scotia B3H 2B2
Nouveau-Brunswick	New Brunswick Dental Society 73 Prince William Street Saint John, New Brunswick E2L 2B2
Québec	Corporation professionnelle des hygiénistes dentaires du Québec 5757, avenue Decelles, bureau 237 Montréal (Québec) H3S 2C3
Ontario	The Royal College of Dental Surgeons of Ontario 230 St. George Street Toronto, Ontario M5R 2N5
Manitoba	Manitoba Dental Association 300-296 Kennedy Street Winnipeg, Manitoba R3B 2M6
Saskatchewan	College of Dental Surgeons of Saskatchewan 109-514 23rd Street East Saskatoon, Saskatchewan S7K 0J8

TABLEAU D.1 (suite)
ORGANISMES DE RÉGLEMENTATION DES HYGIÉNISTES DENTAIRES POUR LES PROVINCES ET LES TERRITOIRES

PROVINCE/TERRITOIRE	ORGANISME DE RÉGLEMENTATION
Alberta	Coordinating Council[1,2] University of Alberta Suite 203 Park Plaza 10611-98th Avenue Edmonton, Alberta T5K 2P7
Colombie-Britannique	College of Dental Surgeons of British Columbia 1125 West 8th Avenue Vancouver, British Columbia V6H 3N4
Territoires du Nord-Ouest	Northwest Territories Registrar Professional Licensing Dept. of Public Service Government of the Northwest Territories Yellowknife, NWT X1A 2L9
Yukon	Executive Council Member Consumer, Corporate and Labour Affairs Government of the Yukon Territory P.O. Box 2703 Whitehorse, Yukon Territories Y1A 2C6

---

1 Les personnes qui ne détiennent pas un diplôme décerné en Alberta doivent être autorisées par ce conseil.

2 Aucun conseil établi au moment de la rédaction de ce rapport - sera établi par le nouvel organisme législatif, soit le Dental Occupations Council.

ASSOCIATIONS PROFESSIONNELLES NATIONALES

Association canadienne des hygiénistes dentaires

Siège social
1320, avenue Carling
Ottawa (Ontario)
K1Z 7K9
(613) 728-8730

Association dentaire canadienne

Siège social
1815 Alta Vista Drive
Ottawa (Ontario)
K1G 3Y6
(613) 523-1770

TABLEAU F.1
RÉSUMÉ DES RÉPONSES À UN QUESTIONNAIRE EXPÉDIÉ À LA FIN DE 1982 À UN GROUPE D'ORGANISMES DE RÉGLEMENTATION AMÉRICAINS PAR LE GROUPE DE TRAVAIL SUR L'EXERCICE DE L'HYGIÈNE DENTAIRE À PROPOS DE LA SURVEILLANCE GÉNÉRALE DES HYGIÉNISTES DENTAIRES

Nombre d'organismes de réglementation rejoints - 13
Nombre d'organismes de réglementation ayant répondu - 11
Note: Deux États ayant fait l'objet de l'enquête n'avaient pas de surveillance générale au moment de la rédaction du rapport.
Deux États n'ont pas répondu.
Les associations d'hygiénistes dentaires de chaque État ont aussi été approchées et leurs réponses correspondaient aux réponses de l'organisme de réglementation.

	Nombre approximatif d'hygiénistes dentaires	Années de surveillance générale	Plaintes officielles	Nombre de plaintes	Mesures disciplinaires contre des dentistes	Mesures disciplinaires contre des hygiénistes dentaires
1.	2 400 (Wisconsin)	plusieurs	oui	non indiqué	non indiqué	non indiqué
2.	735 (Iowa)	5	non	-	-	-
3.	1 100 (Arizona)	2	non	-	-	-
4.	1 150 (Oregon)	2	non	-	-	-
5.	2 400 (Minnesota)	33	non	-	-	-
6.	640 (New Hampshire)	11	non	-	-	-
7.	175 (Alaska)	17	non	-	-	-
8.	2 350 (Washington)	11	oui	moins de 10	inconnu	0
9.	12 000 (Californie)	7	non	-	-	-

TABLEAU F.2
CRITÈRES UTILISÉS POUR LA PRISE DE DÉCISIONS RELATIVES À LA SURVEILLANCE GÉNÉRALE :

	État	Critères indiqués
1.	Wisconsin	"Un comité a travaillé sur cette question et a étudié tout le matériel disponible et les lois pertinentes dans les autres États. Le type de tâche accomplie détermine le niveau de surveillance".
2.	Iowa	Aucune réponse au sujet du critère de la part de l'organisme de réglementation.
3.	Arizona	"(1) Que les hygiénistes dentaires soient soumises à des examens pour l'obtention d'un permis d'exercer. (2) Que le niveau et la qualité de la formation reçue le permettent. (3) Que le diagnostic préliminaire et l'évaluation de l'état de santé du patient soient confiés au dentiste".
4.	Oregon	"Cette règle a été élaborée en utilisant les renseignements fournis par les associations de dentistes et d'hygiénistes dentaires en collaboration avec le Conseil pour tenter d'offrir au public un meilleur accès aux soins dentaires, toutefois, la personne qui reçoit les soins d'hygiène dentaire doit posséder un dossier et avoir été examinée au cours de l'année par le dentiste employeur; de plus, l'hygiéniste n'est pas autorisée à appliquer une anesthésie locale sous surveillance générale."
5.	Minnesota	"(A) Formation (B) Relation avec d'autres services qui pourraient uniquement être dispensés par un dentiste. (C) Degré de gravité du traitement".
6.	New Hampshire	"Évaluation par un comité de l'expérience d'autres organismes de réglementation."
7.	Alaska	"1. Être âgé d'au moins 18 ans. 2. Posséder un diplôme d'une école supérieure accréditée; posséder un diplôme d'une école d'hygiénistes dentaires qui exige un cours d'au moins 2 ans et est accréditée par la Commission on Accreditation of Dental and Dental Auxiliary Education Programs de l'American Dental Association. 3. Réussir à l'examen écrit du National Board of Dental Examinations, et faire preuve de connaissances théoriques suffisantes."
8.	Washington	"Enquêtes et plusieurs audiences publiques"
9.	Californie	Envoi d'exemplaires de deux documents originaux (62 pages, 48 pages)

ANNEXE G

DÉCLARATIONS DE L'ASSOCIATION CANADIENNE DES HYGIÉNISTES DENTAIRES AU SUJET DES MODES D'EXERCICE DE L'HYGIÈNE DENTAIRE ET DES TYPES DE SURVEILLANCE

(approuvées par le Conseil de direction de l'ACHD, 1984

MODES D'EXERCICE DE L'HYGIENE DENTAIRE

L'Association canadienne des hygiénistes dentaires approuve les définitions suivantes qui servent à décrire les modes possibles d'exercice de l'hygiène dentaire. Ces définitions doivent être utilisées à titre de référence et pour les débats, et ne doivent en aucune façon être considérées comme les modes d'exercice approuvés par l'Association.

a. Traditionnel

L'hygiéniste dentaire :
- travaille dans le même cabinet que le (ou les) dentiste(s)
- ne paie pas son propre matériel
- ne paie pas ses propres frais généraux
- n'établit ou ne reçoit pas d'honoraires et
- dispense des services au nom du dentiste.

Le dentiste est responsable des services d'hygiène dentaire dispensés.

b. Travail indépendant à contrat

L'hygiéniste dentaire :
- travaille dans son propre cabinet (habituellement adjacent à celui du dentiste pour lequel elle travaille à contrat
- paie son propre matériel
- paie ses frais généraux
- établit et perçoit des honoraires
- dispense des services au nom du dentiste qui l'emploie à contrat et
- est responsable des services d'hygiène dentaire.

Le dentiste est responsable de l'ensemble des soins dispensés au patient.

c. Association avec un dentiste

L'hygiéniste dentaire :
- travaille dans son propre cabinet (qui peut être éloigné de celui du dentiste),
- paie son propre matériel
- paie ses frais généraux
- établit et perçoit des honoraires
- dispense des services au nom de dentistes qui lui envoient des clients, et
- est responsable des services d'hygiène dentaire dispensés.

Les dentistes qui lui envoient des clients sont responsables de l'ensemble des soins dispensés au patient.

DÉCLARATIONS DE L'ASSOCIATION CANADIENNE DES HYGIÉNISTES DENTAIRES AU SUJET DES MODES D'EXERCICE DE L'HYGIÈNE DENTAIRE ET DES TYPES DE SURVEILLANCE
(approuvées par le Conseil de direction de l'ACHD, 1984)
(suite)

d. Pratique indépendante

L'hygiéniste dentaire :
- travaille dans son propre cabinet
- paie son propre matériel
- paie ses frais généraux
- établit et perçoit des honoraires
- dispense des services à une clientèle qui lui vient de diverses sources et
- est responsable des services d'hygiène dentaire dispensés.

DÉFINITIONS

Surveillance directe

Un dentiste établit le diagnostic et prescrit le traitement et délègue les soins à une hygiéniste. Un dentiste est présent sur les lieux pendant que l'hygiéniste dentaire dispense le traitement.

Surveillance indirecte

Un dentiste établit le diagnostic et prescrit le traitement et délègue les soins à une hygiéniste. Il n'est pas nécessaire qu'un dentiste soit présent sur les lieux pendant que l'hygiéniste dispense le traitement.

Surveillance générale

Un dentiste est au courant des traitements d'hygiène dentaire dispensés mais n'a pas nécessairement posé un diagnostic.

BIBLIOGRAPHIE

Association canadienne des hygiénistes dentaires
1984 Official Handbook, chapitre 10, Section C.

RAPPORTS AYANT TRAIT AUX TRAVAUX DU GROUPE DE TRAVAIL SUR L'EXERCICE DE L'HYGIÈNE DENTAIRE

1. Délibérations de la Conférence sur la recherche en hygiène dentaire, École d'hygiène dentaire de l'Université du Manitoba et Groupe de travail sur l'exercice de l'hygiène dentaire du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social.

2. Résumé et recommandations, Rapport du Groupe de travail sur l'exercice de l'hygiène dentaire, Tome I.

3. L'exercice de l'hygiène dentaire au Canada - Description, lignes directrices et recommandations, Rapport du Groupe de travail sur l'exercice de l'hygiène dentaire, Tome I.

4. Normes d'exercice clinique de l'hygiène dentaire au Canada, Rapport du Groupe de travail sur l'exercice de l'hygiène dentaire, Tome II.

On peut obtenir gratuitement ces quatre rapports en présentant une demande par écrit à la Direction des services de santé, ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, Ottawa (Ontario) K1A 1B4.